

Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde

VÍVIAN DA SILVA CUNHA

**CENTRO INTERNACIONAL DE LEPROLOGIA:
CIÊNCIA, SAÚDE E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL
NO BRASIL DO ENTRE GUERRAS (1923-1939).**

Rio de Janeiro
2011

VÍVIAN DA SILVA CUNHA

**CENTRO INTERNACIONAL DE LEPROLOGIA:
CIÊNCIA, SAÚDE E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL
NO BRASIL DO ENTRE GUERRAS (1923-1939).**

Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor. Área de Concentração: História das Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Gilberto Hochman

Rio de Janeiro
2011

C972c Cunha, Vivian da Silva.

Centro Internacional de Leprologia: ciência, saúde e
cooperação internacional no Brasil do entre guerras (1923-
1939) / Vivian da Silva Cunha. – Rio de Janeiro : s.n.,
2011.

-- f.

Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde)
– Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2011.

VÍVIAN DA SILVA CUNHA

CENTRO INTERNACIONAL DE LEPROLOGIA: CIÊNCIA, SAÚDE E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL NO BRASIL DO ENTRE GUERRAS (1923-1939).

Tese de doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz-FIOCRUZ, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor. Área de Concentração: História das Ciências.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Gilberto Hochman (Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz) - Orientador

Prof^a. Dr^a. Letícia Pinheiro (Instituto de Relações Internacionais – PUC/RJ)

Prof^a. Dr^a. Magali Romero Sá (Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz)

Prof^a. Dr^a. Dilma Fátima Avellar Cabral da Costa (Arquivo Nacional)

Prof^a. Dr^a. Simone Petraglia Kropf (Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz)

Suplentes:

Prof^a. Dr. Kaori Kodama (Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz)

Prof. Dr. Renato da Silva (Unigranrio)

Rio de Janeiro
2011

Ao meu irmão, Flávio.

É uma alegria poder dedicar este trabalho a você.

Te amo!

AGRADECIMENTOS

Chegou o esperado momento de agradecer. Este é um sinal de que mesmo solitários não estávamos sozinhos.

Agradeço ao professor Gilberto Hochman, não por ser o meu orientador nesta tese, mas por estar ao meu lado nos períodos difíceis que passei nestes últimos anos. Por toda sua paciência e sua inigualável capacidade de tolerar meus justificados atrasos. Obrigada por muitas vezes me trazer à realidade, pelas leituras, pelo incentivo, pelas sugestões, pelas críticas e pelo fundamental direcionamento da análise.

Agradeço também à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde e a Comissão de Pós-Graduação, em especial Maria Rachel Froes da Fonseca, pelo apoio e compreensão dos momentos difíceis vivenciados por um longo período de doutorado que durou quatro anos.

À Capes cujo financiamento foi imprescindível para a realização deste trabalho.

À pesquisadora da Casa de Oswaldo Cruz Simone Petraglia Kropf que durante o processo de pesquisa colaborou com valiosas dicas, como o material da Liga das Nações e os documentos de Carlos Chagas, ambos naquele momento ainda sem organização. Este material foi fundamental para a elaboração desta tese. Ao Departamento de Arquivo e Documentação por ter permitido o acesso a estes materiais ainda sem inventário.

Neste sentido, meus agradecimentos vão igualmente à Professora Diana Maul de Carvalho, coordenadora de extensão do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que gentilmente me concedeu o acesso a documentos históricos da Faculdade de Medicina, cuja coleção encontra-se em fase de organização.

Aos membros da Banca de Qualificação, Magali Romero Sá e Letícia Pinheiro, pela leitura crítica e pelas valiosas contribuições. Agradeço igualmente à Dilma Cabral e Simone Kropf por terem aceitado participar da defesa desta tese, com a certeza de que as contribuições serão igualmente importantes. E aos suplentes da banca, Kaori Kodama e Renato Silva, por terem concordado participar.

À amiga Laurinda Maciel, com quem aprendi a “gostar de lepra”. Por mais de uma década de amizade, profissionalismo, conversas, contribuições e impulsos na carreira. Muitíssimo obrigada, para você, seria pouco!

À Gisele Sanglard pelas contribuições, conversas e indicações de fontes.

Aos funcionários dos centros de documentação visitados, particularmente ao Jean Maciel, do Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz, pelo empenho e trabalho braçal ao me auxiliar com o sobe e desce das muitas caixas a serem pesquisadas.

Aos companheiros de jornada, da turma 2006, pelos muitos encontros pós-aula, pelas trocas de experiências e pelos incentivos fundamentais para a conclusão deste trabalho. Em especial Paula Habib, Fernanda Rebelo, Josiane Roza, Silvio Cezar, André Carvalho – estes dois últimos companheiros desde o mestrado. Ao querido Márcio Magalhães, que divide comigo a apreciação pelo tema e que atrasou em um ano sua entrada no doutorado só para que eu continuasse “brilhante”. À Danielle Barreto e Letícia Souza pelas contribuições. Aos também queridos Ricardo Sousa, Daiana Chagas, Mariana Damasco, obrigada!

Aos amigos das horas de lazer, que se tornaram cada vez mais escassas. Luciana, Isabelle, Vanessa, Helaine, Kellen, Sidney, Albino, Renata, Renato e Livia que me ajudaram em meus momentos de tristeza e levavam um pouco de força quando já estava cansada e sem ânimo. Obrigada pela compreensão das minhas ausências, mesmo quando nem entendiam as causas.

Por fim, mas não menos importante, à minha família, pelo fundamental suporte emocional nestes anos finais. À minha mãe Shirley, e ao meu pai José Carlos, pelo carinho incondicional e apoio irrestrito. À minha avó Hayquise, madrinha querida, que sempre adivinhava meus momentos de maior tensão e tirava minha atenção da leitura para contar suas incríveis viagens, que eu adoraria estar fazendo. Aos sobrinhos Maria Eduarda e Caique que alegravam os finais de semana dessa tia “Ia” ao me contagiarem com os sentimentos de pureza e doçura. Ao amado Bruno, esposo, amigo e parceiro de todas e incontáveis horas, que com seu amor e dedicação me acompanhava nas infundáveis e insones noites de trabalho.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	p.	1
CAPÍTULO 1 – HISTÓRIA E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE LEPROLOGIA E A SAÚDE INTERNACIONAL NO ENTRE GUERRAS.	p.	9
1.1. Saúde Pública e Doença: História e Historiografia	p.	10
1.2. Lepra: a doença na história... das doenças	p.	14
1.3. Saúde Internacional: o início das Organizações e da Cooperação entre Estados	p.	21
1.4. A estrutura organizacional da Liga das Nações: a Organização da Saúde e o Comitê de Higiene	p.	25
1.5. A participação diplomática brasileira na Liga das Nações <i>versus</i> a cooperação técnica de Carlos Chagas no Comitê de Higiene	p.	31
CAPÍTULO 2 – A LEPROLOGIA COMO PROBLEMA: OS CIRCUITOS NACIONAL E INTERNACIONAL (1920-1934)	p.	34
2.1. A constituição da lepra como problema sanitário brasileiro	p.	36
2.2. A orientação profilática contra a lepra	p.	43
2.3. O primeiro centro de pesquisas no IOC: Souza-Araújo e o Laboratório de Leprologia	p.	56
2.4. O combate à lepra na Era Vargas	p.	60
2.4.1. <i>O Plano Nacional de Combate à Lepra</i>	p.	68
2.5. O problema da lepra nos encontros científicos nacionais e internacionais	p.	74
2.6. O Contexto internacional: um contraponto com as ações no Japão	p.	80
CAPÍTULO 3 – A CRIAÇÃO DO CENTRO INTERNACIONAL DE LEPROLOGIA	p.	86
3.1. A Organização da Saúde da Liga das Nações e seu interesse pela América Latina	p.	88
3.2. A lepra na pauta da cooperação internacional em saúde (1922-1926)	p.	92
3.3. O Instituto Interamericano de Proteção à Infância no Uruguai e a proposta para a criação de um Centro Internacional de Leprologia no Brasil	p.	97
3.4. A Comissão da Lepra	p.	104
3.4.1. <i>As viagens científicas de Etienne Burnet</i>	p.	109
3.5. A filantropia de Guilherme Guinle	p.	115

3.6. As negociações para a criação do Centro Internacional de Leprologia no Brasil	p. 117
CAPÍTULO 4 – CARLOS CHAGAS E O CENTRO INTERNACIONAL DE LEPROLOGIA: DA ORGANIZAÇÃO AO FUNCIONAMENTO	p. 129
4.1. Carlos Chagas e o Instituto Oswaldo Cruz: modernização dos serviços sanitários	p. 132
4.2. Chagas e a organização do CIL: os arranjos necessários ao seu funcionamento	p. 137
4.3. O início das atividades do CIL	p. 144
4.3.1. <i>O CIL sem Carlos Chagas</i>	p. 150
4.3.2. <i>A transferência para a Fundação Gaffrée e Guinle</i>	p. 155
4.4. As atividades do CIL	p. 158
4.4.1. <i>Pesquisa</i>	p. 159
4.4.2. <i>Tratamento</i>	p. 164
4.4.3. <i>Ensino</i>	p. 166
4.4.4. <i>Publicação</i>	p. 168
CAPÍTULO 5 – O FIM DA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL E AS CONTINUIDADES DA POLÍTICA ANTI-LEPRA	p. 171
5.1. A “denúncia” do acordo pelo governo brasileiro	p. 172
5.1.1. <i>O contexto internacional e o colapso da Liga das Nações</i>	p. 178
5.2. A lepra na agenda política nacional – mudanças e permanências na legislação sanitária brasileira	p. 181
5.2.1. <i>A Reforma Capanema, de 1937 – os Estados continuavam a cuidar da lepra</i>	p. 183
5.2.2. <i>A Reforma de 1941 e a I Conferência Nacional de Saúde – uma nova orientação para a leprologia brasileira</i>	p. 187
5.3. O Serviço Nacional de Lepra e sua atuação “verdadeiramente” nacional	p. 194
5.4. Um novo Instituto para a pesquisa laboratorial da lepra.	p. 199
CONCLUSÕES	p. 204
FONTES	p. 208
BIBLIOGRAFIA	p. 223

RESUMO

O presente trabalho procura reconstituir a criação do Centro Internacional de Leprologia (CIL), um empreendimento do governo brasileiro que contou com o apoio da Liga das Nações e com o auxílio financeiro de Guilherme Guinle. O CIL foi um projeto idealizado e realizado pelo cientista brasileiro Carlos Chagas. Membro do Comitê de Higiene da Liga das Nações desde 1922, Chagas levou o tema da lepra para esta arena de discussão, demonstrando sua importância internacional e as realizações para o controle da doença em seu país. Uma Comissão da Lepra foi estabelecida pela Organização da Saúde consolidando o tema na agenda internacional. Em 1931 foi firmado o acordo entre o Brasil e a Liga das Nações, mas o CIL só iniciou suas atividades em 1934. Previsto para funcionar pelo prazo mínimo de cinco anos, o Centro teve entre suas atividades a pesquisa laboratorial, o teste dos tratamentos pesquisados nos doentes, o ensino da leprologia e uma publicação científica – a Revista Brasileira de Leprologia. O CIL encerrou suas atividades em 1939, quando o governo brasileiro decidiu não prosseguir com o convênio firmado com a Organização da Saúde da Liga das Nações. Percebemos que foram os interesses locais que motivaram a cooperação internacional entre Brasil e Liga das Nações no entre guerras. A consolidação desse empreendimento demonstra que o sistema de idéias e políticas no Brasil acerca da lepra esteve entrelaçado às agências internacionais e suas idéias sobre saúde.

Palavras-chave: lepra; história; cooperação internacional; Centro Internacional de Leprologia; Carlos Chagas; Liga das Nações.

ABSTRACT

The present work intends to reconstitute the creation of the International Leprosy Center (CIL), an enterprise of Brazilian government that counted on the support of League of Nations and on the financial aid of Guilherme Guinle. The CIL was a project idealized and carried through by the Brazilian scientist Carlos Chagas. Health Committee member since 1922, Chagas took the subject of the leprosy for this area of discussion, showing over its international matter and the accomplishments regarding the control of the illness in his country. A Leprosy Commission was established by the League of Nations Health Organisation consolidating the subject on the international agenda. In 1931 the agreement between Brazil and League of Nations was firm, but the CIL itself initiated its activities in 1934. Foreseen to function for a minimum stated period of five years, this Center had on its activities the laboratorial research, the test of the treatments observed in searched with diseased people, the teaching of leprosy and the scientific publication – the *Revista Brasileira de Leprologia*. The CIL ended up its activities in 1939, when the Brazilian government decided not to keep the agreements firm with the League of Nations Health Organisation. We perceive that it was individual interests that motivated the international cooperation between Brazil and the League of Nations through the years between wars. The consolidation of this enterprise clearly shows that the system of ideas and politics in Brazil concerning the leprosy was interlaced to the international agencies and its ideas on health.

keywords: leprosy; history; international cooperation; International Leprosy Center; Carlos Chagas; League of Nations.

INTRODUÇÃO

Doenças como a lepra tem se tornado um tema recorrente na historiografia. Para além das suas especificidades científicas e médicas – geralmente foco da atenção dos especialistas destas áreas – a lepra e suas pesquisas científicas e laboratoriais, as políticas públicas implementadas para seu controle, os órgãos governamentais específicos, a profissionalização de seus especialistas, o milenar estigma, a profilaxia e a terapêutica própria, entre outros assuntos, tornaram-se objeto de historiadores e cientistas sociais ao longo das últimas décadas.

Minha inserção no tema remete à minha graduação, quando conquistei uma bolsa de iniciação científica que objetivava o levantamento de fontes para uma história da lepra no país. Mas foi durante as pesquisas para a minha dissertação de mestrado, defendida em 2005, que o Centro Internacional de Leprologia despertou minha atenção. Nos levantamentos que realizei em busca de fontes sobre as políticas públicas de controle dos doentes de lepra – em especial o isolamento – encontrei uma única referência sobre o funcionamento do Centro Internacional de Leprologia. Minha curiosidade foi aguçada pelo envolvimento da Liga das Nações no projeto.

No presente trabalho procuro responder a estes questionamentos sobre a criação deste empreendimento internacional. O marco inicial aqui proposto é o ano de 1923. Este foi o ano que ocorreu a III Conferência Internacional de Leprologia, em Estrasburgo, França. Além de ser específico para a lepra – como foram também as suas duas edições anteriores, de Berlim (1897) e Bergen (1909) –, este terceiro encontro de especialistas ocorreu, como veremos, em um momento histórico onde a doença ganhou maior visibilidade o que possibilitou um maior direcionamento para a discussão internacional

sobre a doença. A década de 1920 configurou, assim, uma maior articulação de atores, fossem eles Estados, Organizações Internacionais ou indivíduos em particular. Esse arranjo de forças consolidou um espaço de discussão que permitiu ações direcionadas exclusivamente para o campo.

Foi importante contemplar também os anos de criação e consolidação da Organização da Saúde da Liga das Nações, reconsiderando os eventos a partir do ano de 1919, quando foi assinado o Tratado de Versalhes. Esse recuo foi feito de modo a observar a forma como se deu a criação da Liga das Nações e de suas agências técnicas, em especial a Organização da Saúde e o seu Comitê de Higiene, bem como suas estruturas de funcionamento e a sua atuação pelo mundo.

O limite cronológico em 1939 indica o fim das atividades do Centro Internacional de Leprologia, tendo em vista o rompimento do acordo com a Liga por parte do governo brasileiro. A criação deste Centro, resultado de uma cooperação internacional, demonstra a perspicácia de Carlos Chagas, membro do Comitê de Higiene da Liga das Nações, em trazer para a agenda de discussão um problema brasileiro, e também mundial. O limite cronológico referente à paralisação das atividades do CIL é particularmente interessante porque se ajusta ao balizamento proposto do entre guerras. E não é por coincidência. As mudanças no cenário internacional do período anterior à II Guerra podem ter dificultado o cumprimento dos convênios com a Liga das Nações.

A lepra como um sério problema sanitário tornou-se um tema amplamente discutido no início da década de 1920. Ainda hoje acompanhada de grande estigma social, esta doença despertou a atenção das autoridades sanitárias brasileiras, sendo considerada uma das doenças nacionais pelo movimento sanitarista do final da década de 1910. A criação de uma Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas em 1920 indica a importância que esta doença conquistou no cenário nacional, bem como a possibilidade do Estado alargar sua atuação no território brasileiro. Na década de 1930, mesmo com algumas mudanças na estrutura governamental, o cuidado com a doença continuou sendo uma questão importante para o governo Vargas. Um plano nacional de combate à lepra foi instituído em 1935, dando direcionamento ao combate à lepra no Brasil.

Além desta questão da consolidação do Estado Nacional, a lepra teve ainda outro papel fundamental: impulsionou a realização de uma cooperação internacional em saúde. A Liga das Nações acreditava que a manutenção da saúde, entre outros fatores, poderia auxiliar na preservação da paz mundial. Além disso, estava preocupada em alargar geograficamente seu campo de atuação. Como membro do Comitê de Higiene, Carlos Chagas propôs a criação de um centro de estudos leproológicos no Brasil, que seria colocado sob o apoio da Liga das Nações. No Brasil, Chagas foi diretor do Instituto Oswaldo Cruz (1917-1934) e ainda assumiu a direção do Departamento Nacional de Saúde Pública (1920-1926). O ativismo de Chagas – muito mais do que o desejo da Liga em se firmar em outro continente – permitiu que o país protagonizasse a construção de uma “agenda” internacional sobre uma doença que ele mostrou necessitar atenção.

O presente trabalho está dividido em cinco capítulos onde pretendemos esmiuçar a criação de uma instituição de pesquisas sobre a lepra criada no Brasil, com a chancela da Liga das Nações. Procuraremos demonstrar que a breve existência de um centro de estudos esteve ligada à conformação de políticas governamentais para o controle desta doença no país. Como veremos, o tema lepra esteve presente tanto na edificação do Estado Nacional, como solidificou a presença brasileira num órgão internacional preocupado com a saúde e o bem-estar das populações.

No primeiro capítulo, *História e Cooperação Internacional em Saúde: uma revisão bibliográfica sobre lepra e a saúde internacional no entre guerras*, além da apresentação de um balanço bibliográfico sobre o tema, analisamos alguns conceitos como saúde internacional e política externa. Para além do ambiente doméstico veremos que a preocupação com a saúde também foi fundamental para pôr em prática uma cooperação internacional nessa área.

A organização internacional formada no entre guerras também será objeto deste capítulo, que busca apresentar um panorama da Organização da Saúde da Liga das Nações como órgão que via na oferta da saúde uma das formas de se preservar a paz mundial. Destacamos aqui a participação diplomática brasileira no Comitê Executivo da Liga, de 1919 a 1926, ano em que o país decide retirar-se desta organização por desacordos políticos. Outro fator importante é a diferenciação entre essa participação e a inclusão de Carlos Chagas como membro de um comitê de especialistas, função que desempenhou de

1922 até sua morte em 1934, representando não só a América do Sul, mas também – e principalmente – os interesses brasileiros.

No segundo capítulo, *A lepra como problema: os circuitos nacional e internacional (1920-1934)* demonstramos que a lepra vinha se configurando como uma questão presente na agenda de atuação não só dos especialistas, mas, principalmente dos administradores da saúde pública brasileira durante a década de 1920. Esta década é especialmente simbólica neste sentido, já que podemos verificar uma confluência de variados esforços na direção do controle e combate a endemia. Neste capítulo será feito um histórico da consolidação da lepra como um problema nacional e de como foi possível criar um aparato burocrático, que incluía leis, regulamentos e medidas profiláticas, para controlar o avanço da doença. Percebemos a construção de uma infra-estrutura nacional de saúde pública que se insinuava lentamente a partir da década de 1920, onde se permitiu a realização de acordos para o saneamento rural.

Avaliamos, também, a realização de encontros científicos nacionais e internacionais como importantes *locus* de discussão sobre a doença. O isolamento se manteve como a principal orientação determinada pela Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, embora a terapêutica apropriada para a doença continuasse entre as décadas de 1920 e 1930, uma questão em aberto. Foi, portanto a reforma da saúde e as ações de saneamento que inauguraram um novo ciclo de expansão e consolidação do poder público no Brasil da Primeira República. Mas este não era um problema próprio da sociedade brasileira. A necessidade de controlar a lepra era uma questão importante também em outros países. Analiso, em particular, o caso do Japão, apresentando os contrapontos com a experiência brasileira.

No terceiro capítulo, *A criação do Centro Internacional de Leprologia*, apresentamos o processo de negociações entre Carlos Chagas e a Liga das Nações que levou à criação do CIL. A presença de Chagas no Comitê de Higiene da Liga das Nações garantia àquela organização internacional a consolidação da sua presença na América Latina, bem como a representatividade dos interesses desta região nas pautas daquele órgão. Chagas foi responsável pela reorientação do tema da lepra na pauta de discussão do Comitê de Higiene. Impulsionando a realização de estudos internacionais sobre a situação real da doença e captando, no âmbito nacional, recursos financeiros governamentais e

privados, Chagas conseguiu o apoio do Comitê de Higiene para a criação de um centro internacional de pesquisas específicas em leprologia. Embora com sua sede no Rio de Janeiro, o CIL estaria aberto aos pesquisadores de todo o mundo. O acordo firmado em 1931 demonstra não só a possibilidade da Organização da Saúde da Liga das Nações avançar sua atuação sobre o território das Américas, tornando-se cada vez mais conhecida e reconhecida mundialmente, mas também, e principalmente, a confluência de interesses sobre a doença nos planos nacional e internacional, proporcionada pela idéia de Chagas em incluir o tema naquela arena.

Destacamos a participação fundamental de Guilherme Guinle que se comprometeu a financiar metade das despesas calculadas para a manutenção do Centro. A outra metade seria de obrigação do governo federal. A Liga das Nações não teria obrigações financeiras, mas poderia custear a viagem de estudo de algum pesquisador. Sem o recurso doado por Guinle, certamente o Estado brasileiro não conseguiria levar adiante o projeto de Chagas e o Centro Internacional de Leprologia não seria inaugurado.

No quarto capítulo, *Carlos Chagas e o Centro Internacional de Leprologia: da organização ao funcionamento*, analisamos a história da rápida existência do centro de estudos e pesquisas específicos para a lepra. Seu idealizador e criador – Carlos Chagas – foi designado diretor do CIL, cargo que exerceu por pouco mais de seis meses, já que morreu inesperadamente em novembro. Avaliamos a importância da participação de Carlos Chagas, seu comprometimento pessoal e seu reconhecimento profissional, que permitiram que o empreendimento fosse concretizado. Sua nomeação como diretor do Centro, em novembro de 1933, confirmou sua liderança na realização do projeto e o reconhecimento de seu empenho na consagração do tema da lepra no cenário nacional e internacional. Analisaremos a demora na inauguração do CIL (cerca de 3 anos) que deveu-se à questões de ordem administrativa, política e financeira, especialmente as oscilações causadas pela crise financeira que abalou o mundo em 1929 e da Revolução de 1930, que instaurou um período de instabilidade política em todo cenário nacional.

Após a morte de Chagas percebemos algumas mudanças no funcionamento do CIL, principalmente em relação à sua sede, que foi transferida para a Fundação Gaffrée e Guinle. A agenda de atividades do Centro definia-se pelas atividades de pesquisa, especialmente a busca por um medicamento nacional que baixasse os custos do governo

com a importação do óleo de chaulmoogra; tratamento, como os testes eram realizados de modo sistemático especialmente no Hospital de Curupaiti, bem como em alguns dispensários e centros de saúde; ensino, já que o CIL disponibilizou, a partir de 1936, um Curso de Leprologia; e publicação, a Revista Brasileira de Leprologia, também a partir de 1936. É importante destacar que o CIL era uma instituição científica, voltada especificamente para a pesquisa sobre a doença. Não estava entre as suas funções intervir diretamente na organização administrativa sobre a doença ou no tratamento oferecido pelo governo brasileiro aos doentes.

Finalmente, no quinto capítulo, *O fim da cooperação internacional e as continuidades da política anti-lepra*, apresentamos os motivos que levaram ao fim das atividades do CIL e o que continuou sendo realizado no país visando o controle da doença. O acordo que deu origem ao CIL estabelecia um prazo de cinco anos para o funcionamento do Centro, com possibilidade de renovação. A Organização da Saúde da Liga das Nações, através de seu Comitê de Higiene, sinalizou o desejo de manter o acordo, devido aos bons serviços prestados pelo CIL. Entretanto, entender porque esta “possibilidade de renovação” não foi levada em consideração pelo governo brasileiro, já que preferiu romper com o convênio. A morte de Chagas certamente alterou a visibilidade do CIL no cenário nacional. Seu prestígio inigualável e as relações particulares de Chagas foram especialmente importantes para a inauguração desse empreendimento de caráter internacional e certamente o seriam quando chegasse o momento de renovar o acordo. O fato é que o Centro Internacional de Leprologia durou o tempo previsto: cinco anos. Apresentamos ainda, neste capítulo, o contexto internacional com a anunciação de uma nova guerra e o colapso da Liga das Nações que acabara falhando em seu objetivo maior, que era evitar a guerra, garantindo a paz mundial.

A breve existência do Centro Internacional de Leprologia foi suficiente para dar impulso e continuidade à pesquisa laboratorial em leprologia no Brasil. A criação do Instituto de Leprologia (IL) em 1946 e as atividades deste novo centro de pesquisas a partir de então veio suprir a necessidade por pesquisa laboratorial, cuja lacuna fora deixada com o encerramento das atividades do CIL. Mas, diferentemente do que acontecia com o centro internacional, o IL tornou-se uma importante ferramenta que auxiliava na determinação das políticas públicas de saúde. Isso pode ser exemplificado através da Campanha Nacional

contra a Lepra, implementada a partir de 1954. A pesquisa de cunho investigativo realizada pelo IL foi considerada fundamental durante esta campanha, já que seus resultados determinavam quais tipos de ações federais deveriam ser implementadas no território nacional.

O uso de fontes documentais primárias para a compreensão de projetos governamentais ou a criação de órgãos voltados para a saúde pública tem se tornado cada vez mais imprescindível para a construção de uma história da saúde e das ciências no país. Para a elaboração desta tese recorri principalmente ao levantamento documental do rico acervo existente no Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz. Consultei a documentação existente no *Fundo Carlos Chagas*, de fundamental importância para elucidar uma série de questões sobre a criação e o funcionamento do CIL. Este acervo foi organizado entre 2007 e 2009, objetivando o desenvolvimento pela COC de atividades visando as comemorações do centenário da descoberta da doença de Chagas.

Outro acervo pesquisado foi o *Arquivo Pessoal de Heraclides Cesar de Souza-Araújo*. Seu arquivo nos levava à pesquisa no acervo referente ao *Fundo Instituto Oswaldo Cruz – Seção Departamento de Medicina Tropical – Subseção Laboratório de Hanseníase*, antigo Laboratório de Leprologia criado em 1927 e chefiado por Souza-Araujo. Neste acervo, encontrei vasto material sobre o CIL, como orçamentos e relatórios referentes às atividades do Centro de Leprologia que foram enviados à Liga das Nações; correspondências emitidas pela Liga das Nações e Relatórios enviados pelo Comitê de Direção do CIL à Genebra. Também realizei buscas no *Fundo Instituto Oswaldo Cruz – Seção Departamento de Ensino e Cursos – Série Documentos Diversos*, em busca de informações pontuais sobre os cursos de leprologia oferecidos pelo Instituto Oswaldo Cruz.

Além dos acervos pessoais e dos Fundos do IOC, me dediquei ao *Fundo Liga das Nações*, ainda não organizado, porém repleto de informações sobre essa organização e sobre a participação brasileira na sua Organização da Saúde. São mais de 30 caixas repletas de documentos como atas de reuniões, minutas dos encontros, estatísticas epidemiológicas e relatórios. O material nos permite vislumbrar os vários aspectos das relações que a agência travou por várias regiões do mundo, não só no Brasil. No caso

específico do Centro Internacional de Leprologia, as minutas das sessões do Comitê de Higiene nos permitiram, inclusive, mapear e reconstruir o processo de idealização e de criação, além de permitir compreender todo o processo para que uma idéia proposta por um país em particular, onde a lepra era prevalente, ganhasse o apoio de um órgão internacional e de vários especialistas de saúde.

Também pesquisei em outros centros de guarda de documentação. O *Arquivo Gustavo Capanema*, sob a guarda do CPDOC foi importante para identificar a documentação referente às políticas públicas de saúde introduzidas durante a década de 1930. Na *Sociedade Brasileira de Dermatologia* encontrei diversas publicações científicas sobre a lepra. Dentre elas destaco a *Revista Brasileira de Leprologia* que, como veremos, foi uma publicação do Centro Internacional de Leprologia. Por fim, por consultei a *Seção do Arquivo Histórico* do Palácio Itamaraty em busca de informações sobre a ruptura brasileira no acordo do CIL e de correspondências que evidenciassem a cooperação entre o país e a Liga das Nações.

Assim, meu objetivo no presente trabalho é o de analisar a criação do Centro Internacional de Leprologia, um momento bem específico da história da lepra ainda pouco estudado na historiografia da doença. O CIL, que é o resultado de uma cooperação internacional em saúde realizava pesquisas e estudos na tentativa de elucidar aspectos ainda desconhecidos da profilaxia da doença. Embora de existência breve, o instituto foi uma etapa fundamental na história da lepra influenciando na configuração de políticas públicas que visavam o controle da endemia no país.

Capítulo 1

HISTÓRIA E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL EM SAÚDE: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE LEPRA E A SAÚDE INTERNACIONAL NO ENTRE GUERRAS .

“O Centro não será um excelente instrumento de trabalho internacional se não fora fundado numa sólida base nacional (...).

“Reciprocamente, o Centro não poderia ter no país e no estrangeiro uma tão grande autoridade, se a orientação internacional lhe não abrisse um campo mais vasto e não o pusesse no mesmo pé das instituições similares da lepra no mundo. (...)

“É uma banalidade dizer que a colaboração internacional apresse a solução dos grandes problemas científicos e práticos. (...)” (Etienne Burnet, s.d.)¹

A colaboração internacional em saúde foi fundamental para se pôr em prática o objetivo desta tese. O Centro Internacional de Leprologia foi o resultado de um acordo

¹ “Centro Internacional de Leprologia. Sua inauguração ontem no Itamaraty – os discursos proferidos pelos Srs. Guilherme Guinle, Professor Burnet e Carlos Chagas”. Em discurso proferido na inauguração do Centro Internacional de Leprologia, que ocorreu no Palácio Itamaraty, em 20 de abril de 1934. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.01.004. DAD/COC/Fiocruz.

entre o Brasil e a Liga das Nações visando a cooperação científica sobre um mal que atingia várias regiões do mundo. Como indicou Etienne Burnet em seu discurso de inauguração do CIL, a “sólida base nacional” foi imprescindível para garantir o sucesso do empreendimento. A tradição sanitária brasileira certamente influenciou – decisivamente – para a alocação deste centro internacional no país. Além disso, a cooperação com um organismo internacional abriria novas perspectivas de apoio e de esforços de pesquisa.

Neste capítulo apresentaremos os conceitos de organização internacional, política externa e saúde internacional. O objetivo é tornar clara a história que será analisada nos capítulos seguintes. Apresentaremos também um breve histórico da criação da Liga das Nações e da sua Organização da Saúde, bem como, a participação diplomática brasileira no Conselho da Liga das Nações.

Antes disto, porém, revelaremos as tendências historiográficas que nortearam nosso projeto e um balanço bibliográfico do que temos encontrado sobre o tema da lepra em livros e trabalhos acadêmicos.

1.1. – Saúde Pública e Doença: História e Historiografia.

O campo da história da saúde pública até fins da década de 1980 estava muito limitado à tradicional história da medicina que enaltecia o “inevitável progresso” da prática médica através dos tempos, de forma linear. Ou ainda limitado a uma abordagem mais otimista, originada nos trabalhos de George Rosen, que dava à medicina a capacidade e a obrigação de prover o bem-estar social.² A partir da década de 1980, este campo historiográfico passou não só por uma expansão, mas por uma renovação, de modo a romper com os limites interpretativos. Hochman e Armus analisam a recente produção

² ROSEN, George. Uma História da Saúde Pública. São Paulo: HUCITEC, 1994. A primeira edição inglesa data de 1958.

historiográfica, no âmbito da América Latina, destacando a multidisciplinaridade do campo.³

Os autores mapearam três estilos de narrativas que teriam em comum o rompimento com a tradicional história da medicina. O primeiro seria uma nova história da medicina, resultado do diálogo entre a história natural das doenças e algumas dimensões de seu impacto social. O segundo seria a história da saúde pública, atenta às relações entre instituições de saúde e estruturas econômicas, sociais e políticas, buscando no passado indicações gerais que aperfeiçoassem as intervenções contemporâneas da medicina nos assuntos da saúde coletiva. Este estilo focaliza os momentos em que o Estado, a partir de fatores políticos, econômicos, culturais, científicos e tecnológicos, promove ações para combater uma doença em particular. A terceira e mais recente narrativa seria a história sociocultural da doença, que é o produto da descoberta da complexidade da doença e da saúde, não só como um problema em si, mas também como ferramenta para a discussão de outros temas, enfocando, entre os processos disciplinares e de profissionalização, a medicalização, as dimensões culturais e sociais das doenças em sentido amplo. Em comum, os trabalhos se expõem a crítica de que as doenças seriam eventos essencialmente biológicos, isentos de pressões culturais ou de atributos sociais.

No Brasil, a vertente historiográfica da saúde pública se desenvolveu nas últimas décadas, numa gama cada vez maior de temas e objetos. Grande parte desta bibliografia brasileira estaria focada no período da Primeira República, pouco se estendendo ao pós-1930. Dentre estes variados temas, destaco aqueles sobre o chamado “movimento sanitaria” e suas implicações para a construção da nacionalidade, através das reformas dos serviços sanitários federais e da crescente atuação do governo federal nos estados, determinando ações mais centralizadoras nas décadas posteriores.⁴

³ Sobre as novas tendências da historiografia no que se refere à saúde e a doença, ver ARMUS, Diego. “Cultura, historia y enfermedad. A modo de introducción”. In: _____ (ed.). *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia e enfermedad en la America Latina Moderna*. Buenos Aires: Grupo Editorial Norma, 2002, pp. 11-25 e também, ARMUS, Diego. “Disease in the Historiography of Modern Latin America”. In: _____ (org.). *Disease in the Modern Latin America: from malaria to aids*. EUA: Duke University Press, 2003, pp. 1-24.; HOCHMAN, Gilberto e ARMUS, Diego. “Cuidar, controlar, curar em perspectiva histórica: uma introdução”. In: _____ (orgs.). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004, pp. 11-27.

⁴ Destaco aqui: CASTRO-SANTOS Luiz Antonio de. “O pensamento sanitaria na primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade”. In: *DADOS*. Rio de Janeiro, 1985:28 (2) 193-210; HOCHMAN

Citamos, aqui, os trabalhos de Luiz Antonio de Castro-Santos, Gilberto Hochman e Cristina Fonseca, como exemplos desta historiografia, pois apontam as políticas sanitárias como meio de expansão da autoridade pública e de construção do Estado nacional. Castro-Santos argumenta que a importância do movimento pelo “saneamento do sertão” seria muito mais por se constituir um instrumento de construção simbólica da nacionalidade brasileira do que seus desdobramentos mais diretos, como a real saúde do sertanejo, por exemplo.⁵ Hochman segue o argumento confirmando que a saúde pública foi parte constitutiva do macro-processo de formação do Estado Nacional brasileiro, o que implicava numa maior centralização e expansão da autoridade federal sobre os Estados, através de acordos. Em vez da dimensão simbólica, o autor analisou o resultado político do processo de construção dos aparatos estatais voltados para o saneamento dos sertões e que, conseqüentemente, privilegiaram essa ampliação da presença da União no território.⁶ De modo mais específico para o primeiro governo Vargas, Fonseca analisou detalhadamente as políticas da saúde pública, inserindo-as, também, no processo político mais amplo de constituição do estado brasileiro no pós-1930. Aqui, as políticas de saúde pública significaram a criação e normatização de serviços sanitários que atingissem todo o território nacional. As diretrizes permaneceram sem maiores alterações, até o fim da Era Vargas. Durante o Estado Novo acentuou-se o processo de centralização, normatização e profissionalização das políticas de saúde pública que estabeleciam cada vez maiores vínculos entre o governo federal e os “sertões”.⁷

Esta tese se articula com a bibliografia que afirma a função das políticas sanitárias como forma de fortalecer o poder público. O projeto de saúde pública definido para o controle da lepra nas décadas de 1920 e 1930 está nitidamente integrado em uma concepção maior de consolidação e expansão da autoridade federal sobre todo o território nacional.

Nesta historiografia, as doenças também se tornaram um tema destacado. Com a bacteriologia, as lutas contra as doenças tornaram-se campanhas militares contra inimigos

Gilberto. *A era do saneamento. As bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec/ANPOCS, 1998.

⁵ CASTRO-SANTOS. *op. cit.*

⁶ HOCHMAN, Gilberto. *Ibidem.*

⁷ FONSECA. *op. cit.*

“invisíveis”. Pela prática de intervenções consideradas violentas, essas campanhas, em certas ocasiões, encontraram resistência mesmo quando seus métodos de ação não eram inteiramente novos. No Brasil, um bom exemplo da resistência popular frente a uma intervenção estatal foi a revolta da vacina, ocorrida em 1904. Esse movimento popular resistiu à aplicação da vacina antivariólica imposta por Oswaldo Cruz, então Diretor Geral de Saúde Pública.⁸

A discussão teórica sobre a construção social da doença ganhou destaque com Charles Rosenberg, no início da década de 1990. Para ele, as doenças não deveriam ser vistas apenas como eventos puramente biológicos. Era necessário examiná-las dentro de seus parâmetros sociais. Ou seja, a doença só existiria a partir do momento em que lhe déssemos um “formato” ao percebê-la, nomeá-la e reagir a ela. A materialidade da doença seria um produto do “enquadramento” da mesma a partir de determinados esquemas interpretativos próprios de realidades histórico-sociais. Além de ser “emoldurada”, a doença seria também a “moldura” da realidade social, um fator estruturante da mesma. Esta noção é denominada por Rosenberg de *framing*.⁹

Assim, o “fato” doença, que se aplicaria também para saúde ou morte, passou a ser visto para além da sua objetividade “orgânica” ou “natural”. A doença não escaparia às classificações da sociedade, tornando-se uma realidade por ela construída, assim como o doente ganharia, a partir de então, o símbolo de uma determinada personagem social. Para Rosenberg, a doença deixava de ser somente o fato biológico para se transformar num repertório de construções verbais e um desencadeador e legitimador de políticas públicas.¹⁰

Desse modo, as epidemias são entendidas por Rosenberg como ‘incidentes dramáticos’ que requeriam respostas imediatas.¹¹ Estes momentos de incerteza deixavam

⁸ Sobre a Revolta da Vacina, ver, entre outros, SEVCENKO, Nicolau. *A Revolta da Vacina: mentes insanas em corpos rebeldes*. Coleção Tudo é História 89. São Paulo: Brasiliense, 1984; TEIXEIRA, Luiz Antonio. *A rebelião popular contra a Vacina Obrigatória*. Série Estudos em Saúde Coletiva 103. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, 1994 e CHALHOUB, Sidney. *Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996, principalmente o capítulo “Varíola, vacina e ‘vacínophobias’”.

⁹ ROSENBERG, Charles E. *Explaining epidemics and other studies in the History of Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.

¹⁰ *Idem.* “Framing disease: Illness, society and history”. In _____. *Explaining epidemics and the other studies in the History of Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992, pp. 305-318.

¹¹ *Idem.* “What is an epidemic? AIDS in historical perspective”. In _____. *Explaining epidemics and other studies in the History of Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992, pp. 272-292.

transparecer as características da sociedade, o estado da saúde coletiva e da infra-estrutura sanitária. As epidemias podiam facilitar as iniciativas de saúde pública, acelerando a autoridade do Estado, tanto na política social, ditando novas regras coletivas, quanto na vida privada, ao determinar medidas individuais para evitar o contágio, por exemplo.

É importante ressaltar que inserimos nosso trabalho nessa perspectiva que vê as doenças como construções sociais, em especial a lepra – nosso foco de estudo. Podemos observar que o estabelecimento da sua etiologia, terapêutica e profilaxia¹² apropriados dependiam das diferentes épocas da história, da influência dos grupos sociais ou de indivíduos em particular, que produziram suas definições para a doença. Essas “construções” estavam amparadas não só do progresso médico e tecnológico a respeito da doença, mas também em fatores sócio-culturais como as crenças religiosas¹³, a nacionalidade ou cidadania¹⁴ e as políticas e responsabilidades do Estado¹⁵.

1.2. – Lepra: a doença na história... das doenças.

Diferentemente das epidemias, as doenças endêmicas eram facilmente ignoradas por serem menos destrutivas e geograficamente distantes dos centros de poder. No mundo urbano, algumas doenças se tornaram públicas porque eram parte da questão social ou foram associadas ao aumento dos problemas nacionais. No campo, foram as endemias que expandiram a área de atuação das intervenções de saúde pública. O projeto para sanear o campo, ou ao menos combater uma das suas doenças endêmicas, deu início a um conjunto

¹² Para uma melhor compreensão dos termos utilizados ao longo do texto, e que pertencem especificamente à medicina ou à saúde pública, convém explicá-los: *Etiologia* é o estudo das causas das doenças; *terapêutica* é o mesmo que tratamento, ou seja, o conjunto dos meios empregados na cura dos doentes; e *profilaxia* são os procedimentos e recursos estabelecidos para se prevenir e evitar doenças. Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa, versão 1.0. Sobre as descobertas da bacteriologia, ver: ROSEN, George. Uma História da Saúde Pública. São Paulo: HUCITEC, 1994.

¹³ As crenças religiosas transformaram as impurezas morais em lepra, contribuindo para o estigma da doença.

¹⁴ Os cidadãos perdiam muitos dos seus direitos quando diagnosticados como leprosos.

¹⁵ A definição do que fazer com os doentes e como controlar a doença transcorria pela obrigação estatal em promover a saúde e a segurança da população

de políticas sociais, facilitando a expansão do Estado, da centralização do poder e da construção da nação.

Doenças como a lepra, mesmo quando não atingiam grandes contingentes populacionais, eram consideradas como problemas por razões sociais, culturais e políticas. Legitimadas por médicos, elas atraíam a atenção pública e estimulavam campanhas para eliminá-las. Percebemos, então, uma agenda histórica indicando a doença não como mero objeto da prática e do conhecimento médicos, mas sua importância estaria no desenvolvimento de políticas de saúde pública voltadas para elas.

Na produção historiográfica mais recente, destacamos alguns trabalhos que, sob perspectivas diferentes, analisam a relevância da lepra na história do homem, assim como os esforços empreendidos para o seu controle, especialmente no tocante às formulações de políticas públicas. Na maioria dos trabalhos específicos sobre a lepra, a temática do estigma é recorrente, o que torna o campo já bastante explorado.¹⁶

Na historiografia internacional, observamos um trabalho singular sobre o tema da lepra. O livro de Diana Obregón Torres, *Batallas contra la lepra: estado, medicina y ciencia en Colombia* pretende resgatar a importância específica da doença para a sociedade colombiana.¹⁷ Naquele país a doença foi considerada como um obstáculo para os projetos de modernização nacional. Assim, Obregón Torres apresenta o papel da lepra nas representações coletivas daquela sociedade e explica a função fundamental que a lepra teve tanto para o desenvolvimento de instituições voltadas para a saúde pública da Colômbia, como também demonstra o seu papel proeminente na consolidação da profissão médica.

Segundo sua análise, a lepra deve ser entendida além da questão puramente biológica ou da compreensão da doença em seus contextos sociais e culturais, mas também se deve examiná-la como instrumento de construção de uma história, de uma sociedade e de uma determinada cultura. A ciência e a medicina são essencialmente atividades sociais e, portanto, a doença, antes de ser uma entidade natural, deve ser vista como uma construção social. Nesse caso apóia-se nos trabalhos já citados de Charles Rosenberg.

¹⁶ Aqui podemos citar CUNHA, Ana Zoé Schilling da. *Hanseníase: a história de um problema da saúde pública*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2000. CLARO, Lenita B. Lorena. *Hanseníase: representações sobre a doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. QUEIROZ, Marcos de Souza e PUNTEL, Maria Angélica. *A endemia hanseníase: uma perspectiva multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

¹⁷ TORRES, Diana Obregón. *Batallas contra la lepra: estado, medicina y ciencia en Colombia*. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT, 2002.

A autora compartilha com as mais modernas tendências, quando indica que as declarações médicas sobre transmissão, contágio, isolamento de pacientes e tratamento da doença, foram o resultado de complexas negociações sociais dentro da comunidade médica internacional. A produção de conhecimento científico seria, assim, um processo social, antes de um “descobrimento” da verdade, por mentes racionais que afastariam a irracionalidade e a superstição.

Essa obra sobre lepra é importante para este estudo principalmente pelo fato de, juntamente com as informações sobre as políticas adotadas na Colômbia, com relação à doença, servirem de comparação com o que ocorreu no Brasil. A autora ainda indica as diretrizes teórico-metodológicas que devem ser utilizadas para o estudo das doenças, em especial a lepra, que só ultimamente vêm despertando a atenção dos historiadores, e que, portanto, sua história tem sido escrita, até então, pelos próprios profissionais envolvidos diretamente com a questão, como os médicos, especialistas e enfermeiras.

Na história dos “grandes” médicos, das “grandes” descobertas científicas, no “progresso inevitável” da ciência, também a lepra escreveu o seu capítulo. Em geral, as memórias deixadas pelos médicos que atuaram diretamente na definição do saber sobre a doença e das práticas a serem adotadas para conter o seu avanço, estão repletas de um saudosismo que só permite visualizar o que de melhor e mais positivo aconteceu. O leprologista brasileiro Heraclídes César de Souza-Araújo ocupou-se ao longo de sua vida em escrever artigos, folhetos, teses e livros que tinham como tema central o problema da lepra no Brasil e no mundo. Sua maior e mais importante obra é *História da Lepra no Brasil*, em 3 volumes, publicada em 1956, que analisa a lepra desde o período colonial até a década de 1950.¹⁸ Sua importância está no levantamento das fontes, geralmente transcritas na própria obra, do que na análise que faz dos acontecimentos. Para este estudo, analisaremos apenas o terceiro volume da obra de Heraclídes que descreve a história da lepra no período republicano, especificamente entre os anos 1890-1952. Nesse volume, o leprologista apresenta e analisa a legislação, trabalhos publicados, conferências proferidas no âmbito das reuniões das associações científicas, políticas públicas empreendidas para o combate à doença, assim como ações filantrópicas realizadas em socorro aos doentes. O

¹⁸ SOUZA-ARAÚJO, Heraclídes César de. *História da Lepra no Brasil*. Três volumes. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1956.

estilo de transcrever as fontes ajuda o autor que pretende expor “verdadeiramente” como ocorreu a história da lepra no Brasil durante o período.

Um trabalho sobre o aspecto sócio-cultural das doenças é o livro de Ítalo Tronca, que explora a conexão entre literatura e a doença, publicado em 2000. A obra intitulada *As máscaras do medo: lepra e aids*¹⁹, parte das representações sobre a lepra desde o século XIX, e sobre a Aids, atualmente, como forma de observar o papel do imaginário social como instituidor da história. Assim, o autor compreende que a construção social da doença seja uma invenção da linguagem sobre um fenômeno biológico. As representações e as imagens em torno de determinada moléstia criariam uma entidade nova, uma outra doença.

O objetivo do autor é discutir como as imagens e os discursos presentes hoje nas narrativas sobre a Aids trazem consigo muitas das representações que um dia pertenceram à lepra e que foram “reativadas” durante o século XIX. A escolha da lepra para fazer contraponto com a Aids está no fato, não só de ser uma moléstia muito antiga, cujas imagens remontam aos tempos bíblicos e que, de alguma forma, ainda sobrevivem no imaginário social, mas também porque o autor considera a lepra como uma doença que recebeu pouca atenção da historiografia científica cultural, o que o leva a acreditar que daí venha o vigor com que sobrevivam as suas representações na modernidade. Neste trabalho encontramos claramente a presença do “estigma” que acompanha a lepra como fator que determina a própria compreensão social da doença. Ou seja, a lepra não seria somente aquela doença provocada pelo bacilo de Hansen, mas, na verdade, todo um conjunto de representações degenerativas associadas, há vários séculos, ao fenômeno biológico.

Embora se utilizando dos termos “construção” e “metáfora”, Ítalo Tronca não cita os principais representantes dessas teorias contemporâneas a respeito das doenças: Charles Rosenberg que apresentou a construção social da doença, como já foi dito; e Susan Sontag, que ofereceu seus conceitos de doença como metáforas da vida social. As características das doenças representariam aos indivíduos aspectos da sociedade em que viviam, ou de suas relações sociais. Nesse sentido, essas características acarretariam um estigma para os portadores, transformando-se em metáforas, como o câncer, a Aids, e a própria lepra, cujos

¹⁹ TRONCA, Ítalo, A. *As máscaras do medo: lepra e aids*. Campinas, São Paulo: Editora da Unicamp, 2000.

fenômenos estigmatizantes aos quais se associaram ao longo de sua história a transformaram em um marco de perigo e poluição.²⁰

No campo acadêmico, a partir da década de 1990, dissertações de mestrado e teses de doutorado têm analisado historicamente a história da lepra. Em muitos destes trabalhos, o fio condutor de suas exposições estão baseadas no estigma da doença. Nas dissertações é comum ainda que esse estigma esteja associado às ações caritativas e filantrópicas realizadas em prol dos doentes de lepra no Brasil, especialmente na primeira metade do século XX.

Para Leila Gomide, o estudo sobre a lepra no Brasil seria uma tentativa de compreender a sociedade brasileira e sua densa trama de relações.²¹ E mais: perceber os estigmas e preconceitos que estariam acoplados a esta moléstia e que, à revelia do tempo e do espaço, perpetuariam no imaginário social brasileiro. Partindo desse princípio, a autora buscou compreender como o doente era analisado pelos discursos médicos e quais foram as ações profiláticas empreendidas no sentido de separar o doente – disseminador do mal – da população sã, de forma a disciplinar o corpo social, livrando o restante da população do perigo do contágio.

O isolamento dos doentes foi alvo de estudo na dissertação de mestrado de Luciano Marcos Curi.²² O período por ele estudado (1935-1976) corresponde ao momento em que o estado brasileiro, ao ser pressionado por determinados segmentos da sociedade, constrói uma rede institucional voltada exclusivamente para a luta contra a lepra. Essa rede, composta por leprosários, preventórios e dispensários – o chamado modelo *tripé* - marcaria e estigmatizaria a vida de todos. Assim, em “*Defender os sãos e consolar os lázaros*” Luciano Curi entende a questão do estigma, onde procurou compreender os acontecimentos, mitos, memórias e tragédias ocorridos com os doentes de lepra durante o período em que o isolamento dos leprosos era uma medida obrigatória no país. O autor

²⁰ Sobre o câncer, ver SONTAG, Susan. *A Doença como Metáfora*. Rio de Janeiro: Graal, 1984; sobre a lepra, ver, LIEBAN, R. W. *From illness to symbol and symbol to illness. Social Science & Medicine*, 1992:35 (2) 183-188.

²¹ GOMIDE, Leila Regina Scalia. “*Órfãos de pais vivos*”. *A lepra e as instituições preventórias no Brasil: estigmas, preconceito e segregação*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1991.

²² CURI, Luciano Marcos. “*Defender os sãos e consolar os lázaros*”. *Lepra e isolamento no Brasil. 1935/1976*. Dissertação de Mestrado. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 2002.

defende que a lepra não era vista apenas como uma doença, mas como uma categoria que combinava perigo infectante, indivíduos indesejáveis e exclusão social.

Letícia Souza baseia sua dissertação de mestrado na questão do tratamento dos doentes.²³ Para ela, o óleo de chaulmoogra – considerado o principal elemento medicamentoso – foi apropriado pelos médicos brasileiros que nacionalizaram seu uso. Diferentemente de outros trabalhos históricos, ela acredita que no caso brasileiro a aplicação do isolamento dos doentes não foi enfatizada “a partir” ou “apesar” dos conhecimentos científicos da época – já que o tratamento pelo chaulmoogra era largamente utilizado em todo o mundo e a doença sabidamente pouco contagiosa. Assim, a seu ver, o isolamento dos doentes seria um resultado político das escolhas sobre a forma de se intervir socialmente sobre uma doença-problema.

A tese de doutoramento de Yara Monteiro, intitulada *Da maldição divina à exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo* toma por base a análise do modelo profilático adotado no estado de São Paulo que estava baseado no isolamento compulsório dos doentes, analisando sua influência sobre as políticas de saúde em todo o país.²⁴ Monteiro tentou reconstituir a história da lepra mostrando como a perpetuação de um estigma permitiu que já no século XX fossem realizadas “caçadas humanas” aos milhares de leprosos e, em seguida, a segregação dos doentes – compulsoriamente – em nome do “bem estar coletivo”, condenando-os à “morte civil”. Na perspectiva de uma história das mentalidades, a autora buscou refletir os posicionamentos assumidos pela sociedade frente à lepra, resultado de antigas tradições, mitos, herança cultural e como esses fatores contribuíram para a perpetuação do estigma contra a doença.

Instituições asilares específicas e a atuação de determinados estados foram o alvo de alguns trabalhos que discutiram como a sociedade enfrentava a questão da lepra. Nesta categoria, os estudos valorizavam as políticas públicas de saúde, as ações caritativas e a filantropia no processo de combate à doença. Nesta perspectiva, podemos citar Juliane Serres que procurou discutir o processo de isolamento, exclusão e reconstrução da vida na Colônia de Itapuã. Utilizando-se da História Oral voltou seu olhar para o micro-universo

²³ SOUZA, Letícia Pumar Alves de. *Sentidos de um país tropical: a lepra e a Chaulmoogra brasileira*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

²⁴ MONTEIRO, Yara Nogueira. *Da maldição divina à exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo*. Tese de Doutorado em História Social, São Paulo: USP, 1995.

do homem doente revelando não só seu cotidiano em relação à doença, mas também aspectos da própria sociedade e suas práticas.²⁵ Zilda Lima discute como a sociedade cearense enfrentou o problema, identificando até que ponto foi tratada como questão de saúde pública.²⁶ Heleno Nascimento ao analisar o modo pelo qual a sociedade mato-grossense se mobilizou para enfrentar o mal, buscou identificar as condições sociais, médicas, políticas e sanitárias em que a lepra passou a ser encarada como um problema de responsabilidade do poder público no estado.²⁷ O artigo de Castro-Santos, Faria e Menezes aborda as propostas e práticas de intervenção social contra a lepra fazendo um contraponto das realizações dos estados do Maranhão e São Paulo.²⁸

Algumas recentes teses e dissertações têm voltado suas pesquisas para o tema das políticas públicas de saúde. Márcio Magalhães Andrade orientou seu trabalho neste sentido, porém, sob uma perspectiva ainda pouco explorada pela historiografia da medicina e da saúde, ou seja, trabalhou o tema da lepra no período colonial brasileiro.²⁹ Dilma Cabral contribui para o avanço das pesquisas formuladas em relação à profilaxia e o controle da doença, mas com uma perspectiva diferente: sua atenção está voltada para a produção de um conhecimento específico sobre a doença e sobre a sua singularidade como entidade patológica.³⁰

Minha dissertação de mestrado também se insere neste contexto de análise das políticas públicas, onde a preocupação fundamental está baseada nos aspectos políticos do combate à lepra no Brasil no período 1920-1941. No trabalho, o foco esteve voltado para a introdução do isolamento compulsório dos doentes como medida para conter o avanço da doença, diante das incertezas que ainda se relacionavam à ciência biomédica no campo da

²⁵ SERRES, Juliane Conceição Primon. *Memórias do Isolamento: Trajetórias marcadas pela experiência de vida no Hospital Colônia Itapuã*. Tese de Doutorado. São Leopoldo: Unisinos, 2009.

²⁶ LIMA, Zilda Maria Menezes. “O Grande Polvo de Mil Tentáculos”: a lepra em Fortaleza (1920-1942). Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, UFRJ, 2007.

²⁷ NASCIMENTO, Heleno Braz do. *A lepra em Mato Grosso: caminhos da segregação social e do isolamento hospitalar (1924-1941)*. Dissertação de Mestrado. Cuiabá: UFMT, 2001.

²⁸ CASTRO-SANTOS, Luiz Antonio, FARIA, Lina e MENEZES, Ricardo Fernandes de. “Contrapontos da História da hanseníase no Brasil: cenários de estigma e confinamento”. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*. 2008:25 (1) 167-190.

²⁹ ANDRADE, Márcio Magalhães de. *O Princípio do Mal: a ameaça leprosa no Rio de Janeiro colonial*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

³⁰ COSTA, Dilma Fátima Avellar Cabral da. *Entre idéias e ações: lepra, medicina e políticas públicas de saúde no Brasil (1894-1934)*. Tese de Doutorado em História. Niterói: UFF, 2007.

leprologia.³¹ Laurinda Maciel também esteve preocupada com as políticas públicas de saúde implementadas em relação à lepra no período de 1941 a 1964, em especial a atuação do Serviço Nacional de Lepra e o início da Campanha Nacional contra a Lepra em 1959.³²

1.3. – Saúde Internacional: o início das Organizações e da Cooperação entre Estados

Segundo Iris Borowy, a história da cooperação internacional em saúde teve início com a organização da primeira Conferência Sanitária, em 1851 entre países da Europa e América do Norte.³³ Nesta Conferência, houve consenso sobre a necessidade de se criar cordões sanitários. Esta história estaria dividida em três fases: a primeira seria marcada pela realização das conferências sanitárias entre 1851-1912, quando as medidas de proteção estavam muito relacionadas às políticas de prosperidade comercial; a segunda fase seria um período de transição, quando fatores variados, como o idealismo humanitário, a segurança política e os ideais missionários motivaram a fundação de uma série de organizações internacionais em saúde, entre elas a Liga das Nações. A terceira fase teria início após a Segunda Guerra Mundial, quando emergiu a Organização Mundial da Saúde, uma instituição central para todas as questões relacionadas à saúde global.³⁴

Borowy afirma que a cooperação internacional em saúde partiu do zero, em 1850 até possuir uma forma forte e politicamente funcional, que passou a ser praticada pela Organização Mundial da Saúde, em 1950. As convenções sanitárias realizadas até 1912 marcaram o início de esforços multilaterais dos governos sobre as questões sanitárias de interesse comum. Estes encontros determinaram uma maior conexão entre ciência e política sanitária internacional. Seus objetivos naquele momento não estavam focados no

³¹ CUNHA, Vívian da Silva. *O isolamento compulsório em questão. Políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1940)*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

³² MACIEL, Laurinda Rosa. *Em proveito dos sãos, perde o lázaro a liberdade: uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil (1941-1962)*. Tese de Doutorado em História. Niterói: UFF, 2007.

³³ BOROWY, Iris. *Coming to Terms with World Health. The League of Nations Health Organisation 1921-1946*. Frankfurt: Peter Lang, 2009, p. 12.

³⁴ *Ibidem*, pp. 12-13.

bem estar do cidadão, mas do Estado como um todo, para ser protegido do perigo externo.³⁵

O passo seguinte seria a institucionalização dos encontros. A Organização Panamericana da Saúde, constituída em 1902, foi uma das primeiras organizações intergovernamentais a serem estabelecidas. Sua criação fez parte do processo de instituição da saúde internacional como domínio especial da saúde pública e índice da crescente interdependência entre os povos no contexto da expansão dos mercados capitalistas ao longo do século XIX. Na primeira metade século XX, a importância da sua atuação como organismo internacional especializado no contexto interamericano, ao lado de instituições privadas como a Fundação Rockefeller, foi indiscutível, sobretudo em áreas como vigilância sanitária e controle de epidemias e endemias. Na Europa, o *Office International d'Hygiène Publique* foi estabelecido em 1907, com o objetivo de coletar e divulgar a informações sobre um número limitado de doenças.

O livro recentemente lançado por Iris Borowy oferece um panorama completo sobre a existência e o funcionamento da Organização da Saúde da Liga das Nações.³⁶ Utilizando o Serviço de Informações Epidemiológicas inaugurado por esta organização como fio condutor, Borowy apresenta a história desta agência sanitária da Liga das Nações, que funcionou até 1946, embora suas atividades fossem diminuindo desde 1939.

Para melhor entender alguns aspectos desta tese julgamos importante determinar a utilização dos conceitos acima referidos. São utilizados os conceitos de *saúde internacional* e *saúde global* tal como os entendem T. Brown, M. Cueto e E. Fee. Assim, *saúde internacional* é um termo usado com frequência já desde o século XIX referindo-se a um foco no controle de epidemias, para além das fronteiras entre as nações. A diferença para a *saúde global* estaria na consideração das necessidades sanitárias da população mundial, acima dos interesses particulares das nações. O termo *global* está associado também à crescente importância de atores além das agências e organizações

³⁵ *Ibidem*, pp. 25-26.

³⁶ *Ibidem*.

governamentais e intergovernamentais. Os termos – *internacional* e *global* – não são excludentes e podem, muitas vezes, serem entendidos como complementares.³⁷

Mônica Herz apresenta a definição das Organizações Intergovernamentais Internacionais (OIG). Estas organizações internacionais “são ao mesmo tempo atores centrais do sistema internacional, fóruns onde as idéias circulam, se legitimam, adquirem raízes e também desaparecem, e mecanismos de cooperação entre Estados e outros atores”.³⁸ Seria a forma mais institucionalizada de realizar a cooperação internacional. Neste trabalho analisaremos especificamente a atuação da Liga das Nações no tocante à saúde.

Para finalizar a compreensão dos conceitos desta natureza, seria interessante apresentar o de *política externa*. Segundo Letícia Pinheiro, a *política externa* pode ser definida como um “conjunto de ações e decisões de um determinado ator, geralmente mas não necessariamente o Estado, em relação a outros Estados ou atores externos – tais como organizações internacionais, corporações multinacionais ou atores transnacionais –, formulada a partir de oportunidades e demandas de natureza doméstica e/ou internacional.”³⁹

O desenvolvimento de políticas públicas locais pode ser visto também como o resultado da interação entre poderes externos e o Estado Nacional. Alguns estudos da segunda vertente da renovação historiográfica sugerida por Hochman e Armus – a história da saúde pública – criticam o uso do modelo de dependência centro-periferia proposto, por exemplo, por George Basalla.⁴⁰ A ênfase não era importar ou transformar idéias sobre as doenças, mas no processo de seleção e semelhança dessas idéias e nas suas reelaborações criativas de acordo com o contexto social, político e institucional. Podemos observar que o Brasil foge a essa explicação de que a “periferia” adotava os métodos científicos do “centro” (Europa ou EUA) sem alterações, pois aqui verificamos profissionais produzindo

³⁷ BROWN, Theodore M.; CUETO, Marcos e FEE, Elizabeth. “The World Health Organization and the Transition from ‘International’ to ‘Global’ Public Health”, *American Journal of Public Health*, 96, 1, pp. 62-72, 2006.

³⁸ HERZ, Mônica e HOFFMANN, Andrea Ribeiro. *Organizações Internacionais - História e Práticas*. Rio de Janeiro, Editora Campus, 2004, p. 23.

³⁹ PINHEIRO, Letícia de Abreu. *Política externa brasileira, 1889-2002*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004, p. 7.

⁴⁰ BASALLA, George. “The Spread of Western Science”. *Science* 1967:156 (may) 611-622.

conhecimento, como a descoberta da Doença de Chagas; debatendo a etiologia das doenças, por exemplo, a defesa de Lutz pela transmissão da lepra por mosquitos; entre outras.⁴¹

Nesta tese, o importante é demonstrar como a tradição sanitária brasileira, os interesses do Estado e sua diversidade política, econômica e cultural foram fundamentais para que o país apresentasse um projeto de cooperação a uma organização internacional. Longe das divergências entre “centro-periferia”, o objetivo é demonstrar que o Centro Internacional de Leprologia foi o resultado de negociações entre uma organização internacional – a Liga das Nações – e o governo brasileiro, levando em consideração suas realidades “locais”.

Na perspectiva teórica apresentada por Christopher Hill, a interação entre o *doméstico* e o *internacional* é própria das relações internacionais. Os fenômenos associados à política externa podem ser explicados pelo inter-relacionamento entre fatores de ordem doméstica e os de ordem internacional.⁴² A partir da política externa é possível construir um conhecimento significativo sobre as relações internacionais. A política externa brasileira esteve orientada pela busca de recursos de poder que lhe garantisse uma maior autonomia no panorama mundial. Por isso lutou para transformar em permanente seu assento no Conselho da Liga das Nações.

⁴¹ Sobre a produção do conhecimento, em especial a Doença de Chagas, ver KROPF, Simone Petraglia. *Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação, 1909-1962*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Sobre a defesa de Lutz em relação à transmissão da lepra por mosquitos, ver BENCHIMOL, Jaime Larry e ROMERO SÁ, Magali. “Adolpho Lutz and controversies over the transmission of leprosy by mosquitoes”. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*. 2003:10 (supplement 1), 49-93.

⁴² HILL, Christopher. *The Changing Politics of Foreign Policy*. . Hampshire, New York, Palgrave Macmillan, 2003. *Apud* CARVALHO, Maria Izabel de. “Resenha”. *Contexto Internacional*. Rio de Janeiro 2004:26 (2) 431-443. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cint/v26n2/v26n2a06.pdf> Acesso em 07 dez. 2010.

1.4. – A estrutura organizacional da Liga das Nações: a Organização da Saúde e o Comitê de Higiene.

Neste item pretendemos apresentar como se deu a criação de um organismo internacional - a Liga das Nações - que pretendia atuar por todo o mundo, não só como um órgão consultivo, mas também executivo. E, em seguida, verificar como atuava a sua agência voltada exclusivamente para o campo da saúde internacional – a Organização da Saúde. Daremos atenção também a participação brasileira no Conselho da Liga das Nações e também em seu Comitê de Higiene. Estas informações são importantes para a compreensão, nos capítulos que se seguem da importância da participação de Carlos Chagas na Liga das Nações e as intenções do cientista ao propor a participação da Organização da Saúde da Liga das Nações no centro de pesquisas que visava criar. Antes, porém, apresentaremos como se deu a participação diplomática brasileira no Conselho da Liga.

A Liga das Nações surgiu em 28 de junho de 1919, resultado de um Tratado de Paz firmado entre as potências aliadas e associadas, de um lado, e a Alemanha, de outro.⁴³ Este era o primeiro organismo internacional que se pretendia universal, já que seus criadores imaginaram uma entidade que pudesse incluir todos os Estados que desejassem compor seus quadros. Um comitê⁴⁴, formado por dez representantes das cinco grandes potências – Grã-Bretanha, França, Estados Unidos, Itália e Japão – e cinco representantes de Estados menores (Brasil, Bélgica, Sérvia, Portugal e China), produziu o Pacto da Liga das Nações que constitui a primeira parte do Tratado de Paz.

A idéia de se criar uma organização internacional com o intuito de preservar a paz e evitar a eclosão de outras guerras começou a ser constituída ainda durante a Primeira Guerra Mundial. O Presidente norte-americano Woodrow Wilson em seus famosos “Quatorze Pontos”, defendia, em 8 de janeiro de 1918 uma associação internacional de países com esses objetivos. O último ponto de Wilson dizia que “Uma associação geral de

⁴³ O Tratado de Versalhes foi sancionado, ratificado e promulgado pelo governo brasileiro. Para a promulgação, ver o Decreto 13.990, de 12 de janeiro de 1920. O texto do Pacto da Liga das Nações pode ser consultado em GARCIA, Eugênio Vargas. *O Brasil e a Liga das Nações (1919-1926): vencer ou não perder*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2005, pp. 153-167.

⁴⁴ A Comissão da Liga das Nações reuniu-se pela primeira vez em 3 de fevereiro de 1918. *Idem*, pp. 36-37.

nações deve[ria] ser formada sob pactos específicos com o propósito de fornecer garantias mútuas de independência política e integridade territorial a grandes e pequenos Estados indistintamente”.⁴⁵

O Pacto da Liga das Nações entrou em vigor em 10 de janeiro de 1920 e a primeira sessão do Conselho ocorreu no dia 16 do mesmo mês, em Londres, onde, aliás, esteve a sede provisória da Liga – a definitiva foi construída em Genebra. Neste Pacto ficou explicitada a intenção das grandes potências de manter a lógica do sistema de Estados soberanos, seu papel em administrar a ordem internacional e um projeto de transformação do sistema a partir da crença no progresso, na razão e na democratização das relações internacionais.⁴⁶ A Liga das Nações favoreceu a idéia de que as relações internacionais deveriam ser pautadas pela via diplomática através de negociações públicas e amistosas. Sua inspiração liberal tentou superar a tradicional estratégia geopolítica européia, criando a expectativa de organizar racionalmente as relações estatais a partir de uma instituição multilateral.

A estrutura organizacional da Liga contemplou a idéia da divisão de poder em três instâncias: Conselho, Assembléia e Secretariado. A Liga era um organismo complexo, com um número de ramificações técnicas que diferenciavam em natureza, organização e extensão. Dentre seus vários órgãos de cooperação, a de interesse deste trabalho é a Organização da Saúde.⁴⁷

A preocupação com as questões da saúde era tão urgente que o Conselho da Liga das Nações, em sua segunda reunião realizada em fevereiro de 1920⁴⁸, decidiu-se pela convocação de uma conferência internacional de especialistas de saúde, realizada em abril

⁴⁵ *Idem*, p. 36

⁴⁶ HERZ, Mônica e HOFFMANN, Andrea Ribeiro. *op. cit.*, p. 85. A Oficina Sanitária Pan-Americana é o mais antigo organismo de cooperação na área da saúde, mas sua atuação estava limitada aos países pertencentes ao continente americano. LIMA, Nísia Trindade. “O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões”. In: FINKELMAN, Jacobo (org.). *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/OPAS/OMS, 2002, pp. 25-106, p. 25.

⁴⁷ Além da Organização da Saúde, os demais órgãos de cooperação funcional eram: Organização Internacional do Trabalho, Organização para Comunicação e Trânsito, Organização Econômica e Financeira, Instituto Internacional de Cooperação Intelectual, Instituto Internacional Educacional e Cinematográfico, Instituto Internacional para Unificação do Direito Privado, Alto Comissariado para Refugiados, Comitê para Proteção de Crianças e Jovens. Cf. HERZ e HOFFMANN, *op. cit.*, p. 136.

⁴⁸ A primeira reunião formal do Conselho, que serviu também como solenidade de inauguração das atividades da Liga das Nações, reuniu-se no Quai d’Orsay, em Paris, em 16 de janeiro de 1920. Cf. GARCIA, *op. cit.*, p. 56.

do mesmo ano. O objetivo era criar os estatutos para uma organização voltada para a saúde, seguindo a recomendação do artigo 23, parágrafo *f* do Pacto, que declarava que os membros da Liga “esforçar-se-ão por tomar medidas de ordem internacional destinadas a prevenir e combater as enfermidades”.⁴⁹ O plano inicial traçado nesta conferência tinha por objetivo fazer do *Office International d’Hygiène Publique* (Paris) a base da nova Organização da Saúde.

O *Office International d’Hygiène Publique* foi criado a partir da Convenção de Roma, realizada em 9 de dezembro de 1907. Os delegados dos países participantes desta Convenção assinaram um acordo para a ajuda recíproca desses países no que se referia aos assuntos da saúde. O *Office* de Paris foi a primeira organização criada na Europa, preocupada com a saúde internacional

Nesse primeiro projeto, a futura Organização da Saúde teria um formato parecido com a própria estrutura organizacional da Liga das Nações, ou seja, teria uma Conferência – que corresponderia à Assembléia e seria constituída pelo *Office International d’Hygiène Publique* que, embora com o número de membros e suas atribuições ampliadas, teria que se subordinar à Liga das Nações –, um Comitê Executivo, correspondente ao Conselho da Liga, eleito pela Conferência, e um Secretariado que seria uma das Seções da Secretaria Geral.

O projeto inicial – especialmente pelo fato de ter que se subordinar a outro organismo internacional – recebeu o veto dos Estados Unidos, um dos membros do *Office International d’Hygiène Publique*. A oposição a esta nova formulação do cenário internacional causou atraso na constituição da desejada Organização da Saúde. Além disso, e paradoxalmente, os Estados Unidos, país de onde surgiu a idéia pela criação da Liga das Nações, começou a bloquear as intenções da Liga. Na arena doméstica, as novas eleições no Congresso americano determinaram a derrota de Woodrow Wilson – presidente norte americano que sugeriu a criação da Liga – para o Partido Republicano. A partir deste resultado, os EUA deram início a uma campanha contra a Liga das Nações, que deixa de receber o apóio do país que mais tarde, no pós-guerra, se tornará o grande destaque nas relações internacionais. Segundo Balińska, o *Office* de Paris recusou-se a se incorporar à Liga das Nações, principalmente pelo veto dos EUA, e passou a criar uma série de

⁴⁹ *Idem*, p. 165.

dificuldades para a criação e atuação de sua “rival”, a Organização da Saúde, que teve que permanecer provisória até 1923.⁵⁰

Diante da necessidade de ter um organismo que pudesse atuar na questão da saúde, que se tornava cada vez mais urgente, e mesmo com a impossibilidade de constituir a desejada Organização da Saúde por conta do veto dos EUA, o Conselho da Liga das Nações decidiu formar, em junho de 1921, um Comitê Provisório de Higiene. Na reunião do Conselho da Liga, em janeiro de 1923, os membros do Comitê de Higiene e do *Office International d'Hygiène Publique* foram convidados a formar uma Comissão mista, encarregada de preparar um projeto de estatuto para a Organização da Saúde. O projeto foi redigido em maio de 1923 e adotado pela Quarta Assembléia e também pelo *Office International d'Hygiène Publique*, a partir de 1924.

A constituição permanente da Organização da Saúde da Liga das Nações ficou assim composta⁵¹:

- 1º. Um Conselho Consultivo;
- 2º. Um Comitê de Higiene;
- 3º. Uma Seção de Higiene, que formava parte da Secretaria da Liga das Nações.

O Conselho Consultivo da Organização da Saúde era composto pelo Comitê do *Office International d'Hygiène Publique*, que estava qualificado para a função devido à sua constituição análoga⁵². Teria a função de examinar as questões submetidas pelo Comitê de Higiene, tendo a possibilidade de transmitir ao Comitê todas as questões que julgasse oportunas e mediante as quais os trabalhos fossem ativados. Tanto o Conselho Consultivo quanto a Seção de Higiene da Secretaria da Liga trocavam exemplares de todos os documentos relativos aos seus trabalhos e enviavam também cópias dos mesmos aos membros do Comitê de Higiene.

⁵⁰ BALIŃSKA, Marta A. *For the Good of Humanity. Ludwik Rajchman. Medical Stateman.* Budapest: Central European University Press, 1998, p. 69.

⁵¹ As informações sobre a constituição da Organização da Saúde foi tirada do Livroto “Organização da Saúde da Liga das Nações. Nova edição corrigida – 1927”. *Fundo Liga das Nações*. Caixa 15. DAD/COC/Fiocruz.

⁵² O *Office International d'Hygiène Publique* era um organismo formado por representantes de 43 governos e que se reunia duas vezes ao ano, com atribuições de para discutir e propor convênios internacionais. “Relatório Anual da Organização da Saúde para o ano de 1925”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 01. DAD/COC/Fiocruz.

A Seção de Higiene seria o órgão executivo da Organização da Saúde da Liga e teria sede também em Genebra, Suíça. Essa Secretaria técnica fazia parte do Secretariado Geral, estando administrativamente subordinada a ele, de acordo com o regulamento dado pela Segunda Assembléia para todas as Organizações técnicas da Liga. Seu Diretor Médico, desde novembro de 1921, era o polonês Dr. Ludwik Witold Rajchman, que já empreendia uma luta eficaz contra o tifo na Polônia, como membro da Comissão de Epidemias⁵³.

O Comitê de Higiene constituía um setor da Organização da Saúde formado por um grupo de especialistas que cuidava da questão da saúde pública internacional. Deveria ser um corpo dinâmico cuja agenda de trabalho e pessoal atuaria em resposta ao ambiente externo, refletindo também os avanços da comunidade médica. Atuava do mesmo modo que o antecessor Comitê provisório de Higiene, ou seja, como um órgão consultivo do Conselho e da Assembléia da Liga nos assuntos referentes à saúde e também submetia à aprovação desses colegiados os seus trabalhos, do mesmo modo que as outras organizações técnicas da Liga. O Comitê empreendia trabalhos, informava e interrogava sobre as questões nas quais se baseavam as decisões do Conselho Consultivo e emitia pareceres quando solicitado pelas instâncias superiores. Para isso nomeava subcomitês especiais compostos de pessoas qualificadas de modo que pudessem contribuir com as questões. O Comitê de Higiene emitia um relatório anual ao Presidente do Conselho Consultivo sobre os trabalhos realizados pela Organização da Saúde durante o ano anterior. O Comitê de Higiene respondia também ao programa das questões técnicas da Seção de Higiene da Secretaria da Liga.

O Comitê era composto de dezesseis membros: o Presidente do Comitê do *Office International d'Hygiène Publique*, nove membros eleitos por este Comitê e seis membros designados pelo Conselho da Liga após consulta ao Comitê de Higiene. Além disso, o Conselho da Liga poderia designar quatro assessores, os quais contariam como membros, podendo chegar a vinte membros. Todos eles seriam designados por um período de três anos.

⁵³ A Comissão de Epidemias foi o primeiro ensaio de cooperação sanitária internacional, embora de limites geográficos limitados. Sua tarefa era a de prevenir a difusão das epidemias de tifo e febre, originárias da Rússia e que assolavam a Europa Oriental. “Relatório Anual da Organização da Saúde para o ano de 1925”, Caixa 01; Livreto “Organização da Saúde da Liga das Nações. Nova edição corrigida – 1927”, Caixa 15; e “Relatório do Comitê Provisório de Higiene”, Caixa 25. *Fundo Liga das Nações*. DAD/COC/Fiocruz.

A Organização da Saúde cooperava, também, nas questões referentes à saúde pública com outros organismos como a Oficina Sanitária Pan-Americana, a Cruz Vermelha Internacional, além de outros órgãos técnicos da Liga, como a Organização Internacional do Trabalho. Entre suas funções podemos destacar: aconselhar ao Conselho e à Assembléia da Liga nas questões referentes à saúde pública; estabelecer relações entre os serviços de saúde de diferentes países; atuar abertamente para a informação pública das questões de saúde; e, por último, provocar acordos internacionais no que se refere aos assuntos de saúde.⁵⁴

É interessante observar que o Comitê de Higiene não tinha o poder de atuar diretamente nas questões específicas da saúde e nem mesmo nas respectivas administrações sanitárias. Seu papel era o de mobilizar esforços, convidando médicos, realizando estudos e, por fim, indicando caminhos para que fosse possível se chegar à solução dos problemas.

Como vimos acima, os órgãos da Liga das Nações referentes à saúde estiveram inicialmente voltados para as preocupações sanitárias da Europa, no pós-I Guerra Mundial. As doenças e epidemias que afetavam as regiões assoladas pelos impactos da Guerra, receberam atenção especial e foram responsáveis inclusive pela criação de órgãos específicos. A preocupação com outras regiões do mundo como Ásia e América Latina e com seus problemas mais específicos foi sendo construída no âmbito da Organização da Saúde com o passar dos anos e, geralmente, pela interferência direta de seus dirigentes e membros.

⁵⁴ Livreto “Organização da Saúde da Liga das Nações. Nova edição corrigida – 1927”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 15. DAD/COC/Fiocruz.

1.5. – A participação diplomática brasileira na Liga das Nações versus a cooperação técnica de Carlos Chagas no Comitê de Higiene.

As relações entre Brasil e Liga das Nações foram formadas a partir de dois eixos: uma *participação diplomática*⁵⁵ – determinada pela presença do Brasil no Conselho Executivo da Liga das Nações de 1919 a 1926 – e uma *associação técnica* na área da saúde – caracterizada pela participação de Carlos Chagas como Membro do Comitê de Higiene da Liga das Nações, de 1922 até sua morte, em 1934.

Com a criação da Liga das Nações em 1919, o Brasil ganhou o direito de ser um membro não-permanente do Conselho Executivo da Liga das Nações. Isso foi possível porque o Brasil entrou na guerra ao lado dos aliados, o que garantiu sua presença na Conferência de Paz, marcada para janeiro de 1919. Durante o tempo em que esteve no Conselho, a política externa brasileira estava determinada a transformar o assento em permanente. O pleito, entretanto não foi vitorioso e antes mesmo de ser desligado do Conselho, o país decidiu retirar-se em 1926.⁵⁶

A historiografia, em geral, aponta para o “fiasco” da atuação brasileira na Liga das Nações. Sobre este tema, indico principalmente o trabalho de Eugênio Garcia Vargas que aponta para o caso dos equívocos do governo brasileiro em suas demandas pelo assento permanente no Conselho da Liga das Nações. Essa questão em Genebra fazia parte de uma política que pretendia elevar o prestígio internacional do país, mas acabou superestimando as possibilidades que poderiam gerar o sucesso de sua aspiração.⁵⁷

Norma Breda dos Santos, fugindo um pouco da tendência apontada acima, analisa a crise de 1926, na Liga, a partir da configuração geral da política internacional, inserindo

⁵⁵ GARCIA, Eugênio Vargas. *op. cit.*; SANTOS, Norma Breda dos. “Diplomacia e fiasco. Repensando a participação brasileira na Liga das Nações: Elementos para uma nova interpretação”; *Revista Brasileira de Política Internacional*, vol. 46, n. 2, 2003, pp. 87-112; BARACUHY, Braz. “A Crise da Liga das Nações de 1926: Realismo Neoclássico, Multilateralismo e a Natureza da Política Externa Brasileira”. *Contexto Internacional*, 2006:28, n.º. 2, 355-397. Aqui podemos citar também o livro de FRANCO, Afonso Arinos de Melo. *Um estadista da república (Afrânio de Melo Franco)*. Volume III – fase internacional. Rio de Janeiro: Editora José Olympio, 1955.

⁵⁶ O governo de Artur Bernardes transformou sua diplomacia externa num objetivo constante de busca pelo assento permanente na Liga das Nações. Essa insistente luta pela cadeira no Conselho de Segurança determinou que o Brasil vetasse a entrada da Alemanha neste Conselho, o que, por sua vez, determinou a retirada antecipada e definitiva do Brasil na Liga.

⁵⁷ GARCIA, Eugênio Vargas. *op. cit.*.

em um contexto mais amplo, os aspectos domésticos que caracterizavam a política externa do Brasil na época. Assim ela pretende repensar os acontecimentos de março de 1926 na Liga das Nações, deixando de engrandecer a responsabilidade brasileira, tão comumente apresentada pela historiografia, e inserindo internacionalmente a política de Artur Bernardes – Presidente da República, ou seja, “pensá-la no contexto do fiasco da própria diplomacia internacional, do ‘vinte anos de crise’”.⁵⁸ Para além da responsabilidade brasileira na crise de 1926, seria preciso focar, também, problemas institucionais inerentes à própria Liga, assim como o terreno das relações entre as potências européias, em especial a França e a Inglaterra.

Outro crítico às análises de “fiasco” brasileiro como o único fator da crise de 1926 é o trabalho de Braz Baracuhy.⁵⁹ Ele aponta para a existência de dois tabuleiros, paralelos e sobrepostos, no sistema internacional: um geopolítico, clássico e praticado há séculos pelas potências européias, caracterizando o “equilíbrio de poder”; e um multilateral, proposto por uma nova potência – os EUA – e cuja maior representação seria a criação de uma organização universalista, baseada em critérios liberais – a Liga das Nações, caracterizada pela prevalência do direito sobre o poder. Assim, o autor procura dar importância às dinâmicas do sistema internacional do período, que foram traduzidas e articuladas conforme o interesse da elite nacional de modo a explicar a natureza da política externa brasileira. Ele acredita que, levando-se em consideração o jogo complexo de interações entre os tabuleiros propostos, é possível enxergar o episódio de 1926, não como uma ação desastrosa, mas como o sinal de novos tempos, da vitória do multilateralismo, onde a política externa brasileira seria capaz de exercer influência.

O importante é que embora o Brasil já não fizesse parte da Liga das Nações, o país não ficou totalmente de fora das decisões do organismo internacional. Veremos no decorrer dos capítulos que Carlos Chagas, tornou-se membro do Comitê de Higiene em 1922 – um fórum de especialistas ligado à Organização da Saúde da Liga das Nações. A retirada brasileira do Conselho Executivo não abalou em nada a sua posição no Comitê de Higiene, pois permaneceu como membro do Comitê até sua morte em 1934. Na verdade, a atuação brasileira ficou até mais fortalecida, porque Carlos Chagas foi eleito um dos vice-

⁵⁸ SANTOS, Norma Breda dos. *op. cit.*.

⁵⁹ BARACUHY, Braz. *op. cit.*

presidentes do Comitê em 1926. Depois disso ainda arregimenta a criação de uma Comissão da Lepra que dá o aval necessário para a criação do Centro Internacional de Leprologia no Brasil – proposta apresentada por Chagas no Comitê de Higiene desde 1927.

Assim, considero que foi uma demanda brasileira – a partir dos relatórios apresentados por Carlos Chagas sobre a situação da doença em seu país – que motivou o interesse do Comitê de Higiene da Liga das Nações em relação ao tema da lepra. Assim, determinado pela atuação de Carlos Chagas sobre o tema – que ainda não era objeto de interesse deste organismo –, o Comitê instituiu uma Comissão de Lepra que deveria ficar subordinada à Organização da Saúde da Liga das Nações e tinha Carlos Chagas como presidente. Essa Comissão – que pode ser entendida como o indicador da inclusão e reorientação do tema da lepra na pauta internacional desta organização – acreditava que para uma análise séria da questão era preciso maiores informações sobre a prevalência e a natureza da doença em vários países.

A atuação brasileira neste órgão de cooperação internacional em saúde culminou em um acordo elaborado entre o governo brasileiro e a Liga para a criação de um centro internacional de pesquisas e estudos sobre a lepra, que teria sua sede no Rio de Janeiro e contaria, além de verbas da Liga das Nações, com o equivalente apoio financeiro do governo brasileiro e do filantropo Guilherme Guinle.

Mesmo percebendo a abertura da Liga das Nações para a América Latina e sabendo de sua necessidade em legitimar sua atuação para além da Europa, concluo que foi a partir dos esforços de Carlos Chagas que o tema da lepra foi incluído nesta arena de debates e posteriormente negociado a criação de um centro de pesquisas exclusivamente sobre o problema. Mais do que garantir a presença em um continente, o que parece ter sido a “vitória” neste momento não foi apenas o apoio oferecido pela Liga, mas a possibilidade de levar à discussão para a organização de um problema em princípio doméstico, mas também internacional, e obter dela auspícios para que a cooperação entre eles trouxesse ao país recursos, atenção e desenvolvimento científico. Percebemos, portanto, que foram os interesses locais que motivaram essa cooperação internacional entre Brasil e a Liga no entre guerras.

Capítulo 2

A LEPRA COMO PROBLEMA: OS CIRCUITOS NACIONAL E INTERNACIONAL (1920-1934)

“É, por conseguinte, óbvio o valor deste problema [da lepra], que deve merecer a atenção dos governos, qualquer que seja a situação atual das populações em relação à doença, e independentemente do ponto de vista sob o qual o assunto seja considerado.

“As conferências internacionais da lepra, realizadas até então, contribuíram muito para o estudo desta doença. Para além das informações recolhidas nestas conferências sobre o número de leprosos nos diversos países, definiram-se os planos mais eficazes atualmente para o combate contra a doença. Contudo, uma ação coordenada mais ampla, que aproveite o esforço de todas as nações se torna indispensável.”⁶⁰

⁶⁰ “Rapport préliminaire sur l’importance internationale du problème sur la lèpre”. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.081. DAD/COC/Fiocruz.

Durante as primeiras décadas do século XX a lepra ganhou visibilidade, recebendo a atenção dos administradores sanitários brasileiros. Embora o *Mycobacterium leprae* – agente causador desta doença – tenha sido visualizado no final do século XIX, os cientistas não conseguiram isolar o bacilo. Diante da dificuldade em se definir a forma de contágio ou a terapêutica específica da lepra, a principal forma para conter o avanço da doença foi estabelecida no controle do agente propagador: o doente. Ou seja, o isolamento passou a ser visto como a forma capaz de se evitar a doença.

No Brasil, o movimento sanitarista da década de 1910 incluiu a lepra entre as “doenças do sertão” que mereceriam a atenção do Estado. As expedições científicas tentaram retratar o panorama real do homem do interior, cuja realidade era bem diferente do ideal de modernidade que se pretendia para o país. Além deste movimento político, eventos científicos também ajudaram a “promover” a visibilidade necessária para a lepra neste período.

Na década de 1920, a criação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas refletiu o momento inaugural da intervenção federal nas políticas públicas. A orientação profilática ditada pela Inspetoria baseava-se na notificação dos doentes, no exame dos familiares e no isolamento. O tratamento dos doentes era baseado no uso do chaulmoogra em suas diversas versões. Leprosários foram construídos com o objetivo de garantir vaga para o isolamento dos doentes existentes no país. Além do isolamento, a Inspetoria também favorecia a realização dos censos dos leprosos. Por conta do sistema federativo, para que a União atuasse nos estados, era necessário firmar acordos com os estados. A pesquisa leproológica também foi incentivada no período por meio da criação do Laboratório de Leprologia, em março de 1927, no Instituto Oswaldo Cruz. O leprologo Heraclides Cesar de Souza-Araújo foi seu chefe até a década de 1950.

Na década de 1930, o combate à lepra ganhou novas proporções. Um plano de ação contra a lepra reafirmou as diretrizes do combate à doença a partir de 1935. O Plano Nacional de Combate à Lepra definiu um enfrentamento da doença, numa tentativa de retomar as atividades para a alçada federal, já que a Inspetoria havia sido extinta em 1934. Este plano visava à construção de leprosários em quase todos os

estados. Além disso, valorizava também o censo leproológico, a legislação específica para a doença e a pesquisa laboratorial – atividade que foi baseado no funcionamento do Centro Internacional de Leprologia, existente desde 1934.

A lepra também foi o objeto de alguns encontros científicos internacionais. Desde a I Conferência Internacional de Lepra de 1897, o isolamento já era considerado indispensável para o controle da doença. Nacionalmente, o tema também foi incluído em congressos variados – indício da *visibilidade* que a doença obteve nos circuitos nacional e internacional. Pra finalizar, abordo o contexto japonês, demonstrando que “do outro lado do mundo” a preocupação com a lepra também gerou políticas públicas de saúde voltadas para os doentes – inclusive bem mais drásticas do que aquelas implantadas aqui.

2.1. – A constituição da lepra como problema sanitário brasileiro

Os avanços da bacteriologia ocorridos no último quarto do século XIX definiram os agentes infecciosos de várias doenças, permitindo elucidar também suas etiologias, terapêuticas e profilaxias⁶¹. Diferentemente da maioria dessas doenças, as pesquisas em relação à lepra não estabeleceram tantas certezas. Ainda que a visualização do bacilo da lepra tenha trazido alguma estabilidade para o conhecimento sobre a doença, ela parece ter gerado maior número de dúvidas do que de certezas. A impossibilidade do cultivo do *Mycobacterium leprae* dificultou a definição de questões fundamentais, como a forma de contágio, medidas para a

⁶¹ Para uma melhor compreensão dos termos utilizados ao longo do texto, e que pertencem especificamente à medicina ou à saúde pública, convém explicá-los: *Etiologia* é o estudo das causas das doenças; *terapêutica* é o mesmo que tratamento, ou seja, o conjunto dos meios empregados na cura dos doentes; e *profilaxia* são os procedimentos e recursos estabelecidos para se prevenir e evitar doenças. Epidemiologia diz respeito ao estudo das inter-relações entre os diferentes fatores que determinam a frequência e a distribuição da doença em uma determinada população. Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa, versão 1.0. Sobre as descobertas da bacteriologia, ver ROSEN, George. *op. cit.*

prevenção da doença e o tratamento mais eficaz.⁶² Naquele momento, porém, uma questão parecia estar estabelecida: a doença era provocada pelo bacilo que se encontrava no organismo do doente e por conta dessa origem humana deduziu-se que o isolamento seria a melhor forma de evitar a propagação do mal, que se daria de forma direta.⁶³

A busca por uma forma de se determinar as condições biológicas do bacilo da lepra foi um dos campos mais discutidos entre os cientistas desde fins do século XIX.⁶⁴ E a forma com que se dava o contágio era apresentada sob diversas formas. Alguns cientistas defendiam a hereditariedade como causa única, outros acreditavam no contato indireto, ou seja, aquele que se dava por intermédio de vetores; ou, ainda, por contato direto, por intermédio dos germes eliminados pelo doente, em suas múltiplas formas. Pela ausência de um consenso sobre a forma de contágio, o foco a partir do início do século XX foi a busca de profilaxias baseadas nas experiências bem-sucedidas com outras doenças. Tomando por base a febre amarela, por exemplo, os cientistas supunham que a propagação da lepra era realizada pelos mosquitos e, assim, definiam os métodos para evitar o contágio da doença fazendo analogias com os cuidados para a febre amarela.⁶⁵ Dessa forma, é clara a influência da medicina tropical sobre os primeiros estudos a respeito da lepra. Desde que esta especialidade médica foi criada, a lepra foi inserida nos manuais médicos, embora efetivamente acometesse pessoas por todo o mundo, e não somente nas regiões de clima tropical. Patrick Manson justificou a inserção da lepra em seu manual de doenças tropicais

⁶² Ao contrário do que aconteceu com a maioria das doenças contagiosas durante as três últimas décadas do século XIX, não foi possível realizar o estudo biológico completo da doença, ou seja, isolar, cultivar e inocular o bacilo em animais, conforme os postulados de Koch. Sobre isso, ver ROSEN, George. *op. cit.*, principalmente o capítulo VII. Sem as definições biológicas do bacilo não haveria como determinar seus mecanismos de infecção. Consequentemente eram desconhecidas as formas de prevenção e tratamento da lepra.

⁶³ O isolamento foi proposto como prática médica e profilática ainda no século XIX, durante a 1ª Conferência Internacional da Lepra, realizada em Berlim, 1897. Sobre as origens da política de isolamento, ver especialmente o item 3.1 da tese de MACIEL, Laurinda Rosa. *op. cit.*

⁶⁴ Souza-Araújo nos apresenta numerosos trabalhos do final do século XIX, transcritos em sua obra, onde ficam claras as dificuldades da medicina neste campo. *Apud* SOUZA-ARAÚJO, Heraclides Cesar de. *História da Lepra no Brasil. Período Republicano (1890-1952)*. Volume III, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1956, pp. 90-107.

⁶⁵ Seu principal representante foi Adolpho Lutz, que defendeu a transmissão da lepra por mosquitos desde a última década do século XIX até a década de 1940. BENCHIMOL, Jaime L. e ROMERO SÁ, Magali, *op. cit.*

afirmando que, embora a lepra fosse uma doença dos grandes centros urbanos, as condições sociais das regiões de clima quente favoreciam seu alastramento.⁶⁶

Na década de 1910, o movimento sanitarista e a sua “descoberta dos sertões”, animados pelo ambiente nacionalista do período da Primeira Guerra Mundial, denunciou o estado de abandono – principalmente na área da saúde – em que vivia a população brasileira que habitava para além dos limites da Capital Federal.⁶⁷ Os sanitaristas voltaram seus esforços para a identificação da população do campo e de seus problemas e doenças. Até aquele momento, o poder público não conseguia atuar nos *sertões* – problema majorado pela dimensão continental do país e pela atuação dominante das oligarquias pelo interior.

Expedições científicas foram realizadas por sanitaristas como Belisário Pena e Artur Neiva durante a década de 1910 pelo interior do país, buscando resgatar a realidade dos sertões de modo que o sertanejo pudesse integrar-se ao projeto de modernização que se pensava para o Brasil.⁶⁸ Seus relatórios foram bastante minuciosos, retratando o panorama real dos sertões brasileiros. Dentre as moléstias apontadas pelos médicos estavam a leishmaniose, a malária, a ancilostomose e a lepra – doenças que faziam parte do cotidiano do homem do sertão. Estes relatórios apresentavam uma realidade social e médica muito distante do ideal moderno que se pretendia alcançar.

A miséria e o desamparo da população rural teriam sido os principais fatores que evidenciavam que o país carecia da reestruturação de seus serviços sanitários. Como resultado do acirramento dos debates sobre esse tema, constatou-se que o Estado deveria tomar para si a responsabilidade de gerar uma política sanitária

⁶⁶ MANSON, Patrick. “Tropical diseases: a manual of diseases of warm climates.” London, Cassel and Company, 3, edition, 1903. *Apud* SOUZA, Letícia Pumar Alves de. *op. cit.*, p. 17.

⁶⁷ Sobre o movimento sanitarista da década de 1910, destacamos, entre outros, os trabalhos de CASTRO-SANTOS, Luiz Antônio de. “O pensamento sanitarista na primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade”. *In: DADOS*. Rio de Janeiro, 1985:28 (2) 193-210. HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento. As bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec/ANPOCS, 1998; LIMA, Nísia T. e HOCHMAN, Gilberto. “Condenado pela Raça, Absolvido pela Medicina: O Brasil descoberto pelo Movimento Sanitarista da Primeira República”. *In: MAIO, Marcos Chor e VENTURA-SANTOS, Ricardo (eds.). Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: FCBB-Editora Fiocruz, 1996, pp. 23-40.

⁶⁸ LIMA, Nísia Trindade. *Um sertão chamado Brasil. Intelectuais e representação geográfica da identidade nacional*. Rio de Janeiro: IUPERJ/Editora Revan, 1999.

centralizada. As reformas realizadas a partir de 1918 permitiram a ampliação dos serviços sanitários federais nos estados, através da atuação do Serviço de Saneamento e Profilaxia Rural.

A partir do final da década de 1910 e na década de 1920, médicos e sanitaristas brasileiros conferiram maior visibilidade à lepra, buscando apontar por meio de suas pesquisas o perigo que esta doença representava ao país. Foi um momento de grandes discussões em torno da lepra e de sua inclusão no debate sobre as grandes endemias brasileiras. O debate foi parte de um esforço maior de reformas dos serviços sanitários nacionais, em particular para o “saneamento dos sertões”.⁶⁹

Um dos principais eventos no sentido dessa *visibilidade* para a lepra foi a conclusão dos trabalhos da Comissão de Profilaxia da Lepra no ano de 1919. Formada desde 1915, esta comissão reunia especialistas de diversas associações médicas e científicas do Rio de Janeiro preocupadas com o contágio da doença e com as orientações para se evitar seu avanço. Ao todo, participaram cinco associações, que enviaram três representantes cada: Emílio Gomes, Alfredo Porto e Henrique Autran, pela Academia Nacional de Medicina; Eduardo Rabello, Werneck Machado e Guedes de Mello, pela Sociedade de Medicina e Cirurgia; Fernando Terra, Juliano Moreira e Adolpho Lutz, pela Sociedade Brasileira de Dermatologia; Sampaio Vianna, Oscar da Silva Araújo e Oscar D’Utra e Silva, pela Sociedade Médica dos Hospitais; e, finalmente, pela Associação Médico-Cirúrgica, Paulo Silva Araújo, Henrique de Baurepaire Rouan Aragão e Belmiro Valverde. Carlos Pinto Seidl, então diretor da Diretoria Geral de Saúde Pública, foi escolhido para presidir tal comissão.⁷⁰

A comissão deveria realizar estudos e apresentar relatórios conclusivos a respeito de uma série de questões referentes à transmissão e a profilaxia da lepra. Seu objetivo era estabelecer as medidas que deveriam ser inseridas com relação à profilaxia da lepra em todo o país. As considerações a que chegou a comissão tornaram-se a base de um projeto de lei que propunha a criação de uma Inspeção de

⁶⁹ HOCHMAN, Gilberto, *op. cit.* CASTRO-SANTOS, Luiz Antônio de, *op. cit.*

⁷⁰ Cf. MACIEL, Laurinda Rosa. *op. cit.*, pp. 38-39.

Profilaxia da Lepra como forma de o poder público assumir as responsabilidades pelo tratamento e controle da doença.⁷¹ O isolamento dos doentes foi considerado por esta comissão como a “base racional da profilaxia da lepra”.⁷²

A questão da lepra passou a figurar também nos encontros científicos realizados nos anos subseqüentes. Alguns trabalhos apresentados durante o Primeiro Congresso Médico Paulista⁷³ (1916) e o VIII Congresso Médico Brasileiro (1918), permitiram que essas reuniões também representassem um espaço para a discussão sobre a lepra no país e para a sua caracterização como um problema de saúde pública.⁷⁴ A atenção das sociedades científicas para com o estudo de questões específicas da lepra indicava a crescente preocupação da classe médica em discutir sua etiologia e profilaxia e de fazer recomendações para seu controle.

Associado ao movimento pelo saneamento do país, médicos e sanitaristas montaram uma campanha que levou à discussão o problema da lepra no Brasil. A criação de uma comissão de médicos, com membros de várias sociedades científicas, voltada exclusivamente para a profilaxia da lepra e o aparecimento dessa doença como tema de congressos regionais e nacionais, determinou uma abertura de espaço

⁷¹ *Apud* SOUZA-ARAÚJO, H. C. de. *História da Lepra no Brasil. Período Republicano (1890-1952)*. Volume III, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1956, p. 159.

⁷² Naquele momento, o tratamento e o controle da doença eram feitos em grande parte através de instituições religiosas. A irmandade do Santíssimo Sacramento da Candelária, por exemplo, era quem administrava o Hospital dos Lázarus do Rio de Janeiro. Cf. AGRÍCOLA, Ernani. “A lepra no Brasil – Resumo histórico”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*, 1960:19 (2) 143-155.

⁷³ Neste Congresso, o tema da lepra girou em torno da profilaxia que se deveria aconselhar. A maioria dos trabalhos apresentados indicava o isolamento dos doentes como condição essencial para a eliminação da lepra no país. Isso porque o doente era visto como único responsável pelo contágio, e a sua separação social determinaria a queda das contaminações e, ao longo do tempo, o fim da lepra. Em geral, defendiam o isolamento realizado em colônias agrícolas, mas alguns autores aceitavam o isolamento em domicílio, em hospitais ou em ilhas, ditando suas regras, seus cuidados e seus benefícios. Os trabalhos sobre lepra apresentados no I Congresso Médico Paulista encontram-se transcritos na obra de SOUZA-ARAÚJO, H. C. de, *op. cit.*, pp. 160-210.

⁷⁴ Os trabalhos sobre lepra apresentados no VIII Congresso Brasileiro de Medicina pautavam sobre a situação da doença em vários estados, citando as formas empreendidas pelos respectivos governos para o seu combate. Podemos encontrar inquéritos, censos, históricos sobre a presença da doença nos estados, a profilaxia adotada e defendida etc. A atuação do Estado de São Paulo, conforme trabalho apresentado por Emílio Ribas, já demonstrava o quanto o governo estadual se distanciava do governo federal, proporcionando à sua população um cuidado específico para os doentes de lepra. Os trabalhos sobre lepra apresentados no VIII Congresso Brasileiro de Medicina encontram-se transcritos na obra de SOUZA-ARAÚJO, H. C. de, *op. cit.*, pp. 211-254. Sobre o trabalho apresentado por Emilio Ribas, ver RIBAS, Emílio. “Frequência da lepra em São Paulo – Profilaxia da lepra – Contagem dos atacados de lepra”, *apud* SOUZA-ARAÚJO, *op. cit.*, pp. 233-241.

para se pensar na lepra como um problema crescente em várias localidades do país. Nesse sentido, podemos afirmar que a criação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas (IPLDV) veio como resposta a esse movimento médico que pedia “a atenção dos governos federal e estaduais a fim de que sejam tomadas medidas de profilaxia contra essa moléstia”.⁷⁵

Legislação e ações mais específicas no sentido de controlar a lepra, que pelo seu poder de contágio direto enfocavam os familiares do doente, foram implementadas na década de 1920 com a criação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas. Embora já estivesse presente no regulamento sanitário federal desde 1904, a preocupação com tal doença limitava-se a algumas instruções específicas que foram dadas por Oswaldo Cruz para cada uma das 13 doenças de notificação compulsória.⁷⁶ Oswaldo Cruz acreditava na propagação da lepra através do contato com o doente, descartando, assim a hereditariedade como forma de transmissão da doença.⁷⁷

Os anos 1920 inauguraram as possibilidades de uma crescente intervenção federal em várias áreas das políticas públicas. Na saúde, a unificação e centralização dos serviços de higiene e saúde pública foram personificados na criação, em 2 de janeiro de 1920, do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), subordinado diretamente ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores.⁷⁸ A criação do DNSP significou um potencial aumento da coordenação federal das ações de saúde, assim como de sua capacidade de atuação pelo território nacional. Contribuiu, também,

⁷⁵ *Apud* SOUZA-ARAÚJO, *op. cit.*, p. 208.

⁷⁶ BRASIL, Coleção de Leis, 1904, vol. 1, p. 205. Decreto 5.156, de 08 de março de 1904. Título III, capítulo VIII, art. 145. As doenças de notificação compulsória, em 1904, eram, além da lepra, a peste, febre amarela, cólera, varíola difteria, infecção puerperal nas maternidades, oftalmia dos recém-nascidos nas maternidades, creches e estabelecimentos análogos; tifo e febre tifóide tuberculose, impaludismo, escarlatina e beribéri.

⁷⁷ Instruções particulares para a lepra estabelecidas por Oswaldo Cruz. *Apud* SOUZA-ARAÚJO, *op. cit.*, p. 116.

⁷⁸ BRASIL, Coleção de Leis, 1920, vol. 1, p. 1. Decreto nº. 3.987, de 02 de janeiro de 1920. Os serviços sanitários federais foram divididos em três diretorias: Serviços Sanitários Terrestres na Capital Federal; Defesa Sanitária Marítima e Fluvial; e Saneamento e Profilaxia Rural. Alguns serviços, em especial, ficaram subordinados diretamente ao diretor do DNSP, através de uma Secretaria Geral. Entre eles destacamos o serviço de profilaxia contra a lepra e as doenças venéreas.

para uma especialização das ações sanitárias e para instrumentalizar uma intervenção mais efetiva do governo federal nos estados.⁷⁹

A lepra, as doenças venéreas e a tuberculose foram as únicas doenças que tiveram serviços específicos criados pela nova legislação. Enquanto o ‘serviço especial contra a tuberculose’, que estava subordinado à Diretoria dos Serviços Sanitários do Distrito Federal, destinava-se exclusivamente para os doentes da capital⁸⁰, a criação de um serviço voltado para a profilaxia contra a lepra e as doenças venéreas deveria ser orientado “*em todo o país*”.⁸¹ Tais enfermidades conseguiram redirecionar para si a atenção dos governantes do período, conseguindo montar uma estrutura própria de combatê-las em nível federal a partir da reestruturação dos serviços sanitários da União.

Como não se tinha todas as informações necessárias sobre a terapêutica e profilaxia da lepra e sabia-se que a doença era passada de pessoa a pessoa, por contágio direto, uma das maiores preocupações dos médicos era com relação ao livre trânsito dos leprosos. Por isso o isolamento foi frequentemente defendido como forma de impedir o avanço da doença. O número reduzido de locais apropriados para esta prática indicava a necessidade de construção de novos leprosários. Era necessária também a formulação de planos para o combate mais sistemático à doença. Mas, para que estas ações dessem resultado mais seguro – tanto para o controle da doença como para a elaboração de estatísticas seguras – era imprescindível que todos os estados da federação unificassem suas medidas a partir do que fosse pautado pelo órgão técnico central. Era preciso, portanto, que trabalhassem em conjunto, cooperativamente, para que fosse possível atingir os resultados desejados.

Essa discussão sobre a unidade de ação e a centralização do comando das atividades não é própria do problema da lepra. Na verdade a lepra faz parte de um conjunto maior de percepções que foram tomando forma durante a Primeira

⁷⁹ HOCHMAN, Gilberto. *op. cit.*

⁸⁰ BRASIL, Coleção de Leis, 1923, vol. 3, p. 581. Decreto nº. 16.300, de 31 de dezembro de 1923, art. 581 e 582.

⁸¹ BRASIL, Coleção de Leis, 1920, vol. 1, p. 1. Decreto nº. 3.987, de 02 de janeiro de 1920, art. 5º, alínea e. [grifo meu]. Todas as citações terão, aqui, a grafia atualizada.

República. A compreensão da saúde como um bem que deveria ser oferecida a toda população, influenciou na configuração de políticas de saúde pública que deveriam ser postas em prática de modo centralizado. A manutenção da saúde resultaria no aumento da capacidade de ação repressiva do Estado – através das estruturas burocráticas responsáveis – e a crescente penetração do Estado em todo o território nacional.⁸² A lepra também influenciou na concretização dessas mudanças, embora elas não fossem específicas para esta doença. Ela ajuda a compreender o lento processo de criação e aumento da capacidade do Estado de intervir no território nacional, que ocorreu nas décadas de 1910 e 1920.

A percepção por parte das elites médicas da necessidade de ações coordenadas e nacionais voltadas para a saúde auxiliou a ampliação da atuação do governo federal sobre os serviços sanitários nos estados, o que atendia a reivindicação de centralização das ações desta natureza.⁸³ A definição de novas prioridades na agenda sanitária – como foi o caso da lepra – permitiu que novas estruturas fossem criadas para dar conta das doenças que até aquele momento não haviam recebido qualquer ação do governo federal. Com a criação da IPLDV, a lepra se consolidou como um problema sanitário de âmbito federal, visto que a União era considerada como a única a ter recursos para promover a uniformização das ações para seu controle, que deveriam se tornar permanentes.

2.2. – A orientação profilática contra a lepra

Nas décadas de 1920 e 1930 a terapêutica apropriada à lepra continuava sendo uma questão em aberto. A incerteza medicamentosa trazia à discussão experiências variadas com diversos tipos de remédios, tentativas de vacina ou soro, e

⁸² HOCHMAN, Gilberto, *op. cit.*, p. 39.

⁸³ HOCHMAN. *op. cit.*, pp. 149-170.

ainda, o uso de substâncias químicas puras ou compostas⁸⁴. O óleo de chaulmoogra, que foi utilizado na Índia “*desde tempos imemoriais*”, quando atingiu as farmacopéias, ocidentais deixou de ser utilizado somente em sua versão pura para se tornar também a base de inúmeras fórmulas.⁸⁵ Assim, tornou-se a substância mais recomendada pelos médicos nas primeiras décadas do século XX, sendo inclusive considerada como específica contra a lepra.⁸⁶ Embora o uso de alguns medicamentos – como o próprio óleo de chaulmoogra – influenciasse o aparecimento de sinais de melhora⁸⁷, o caminho para se definir a cura da lepra só seria descoberto a partir da década de 1940 com o aparecimento das sulfonas e, posteriormente, com a poliquimioterapia – tratamento utilizado atualmente nas unidades de saúde. Sobre este desconhecimento científico da doença, Chagas se expressara no início dos anos 1930 que

“as maiores dificuldades no combate à lepra são resultantes do desconhecimento de aspectos fundamentais na epidemiologia dessa doença, especialmente no seu mecanismo de contágio. Além de que, a terapêutica dessa infecção, apesar dos benefícios encontrados nos ésteres de chaulmoogra, constitui ainda um problema à espera de solução definitiva”.⁸⁸

⁸⁴ Cf. SILVA, J. Ramos e. “A quimioterapia da lepra, o seu estado atual”. *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*, 1926:2 (1) 17-28.

⁸⁵ *Idem*, p. 20. O chaulmoogra era uma planta indiana comumente utilizada para o tratamento dos doentes de lepra por vários séculos. Alguns médicos consideravam-na específica para a doença, mas seus resultados nem sempre eram satisfatórios. DUMAS, Fernando Sergio; SOUZA, Letícia Pumar Alves de; e SIANI, Antonio Carlos. “O óleo de chaulmoogra como conhecimento científico: a construção de uma terapêutica antileprótica”. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*. 2008:15, (1) 29-47.

⁸⁶ PUPO, J. Aguiar. “O óleo de Chaulmoogra e as flacourtiaceas do Brasil”. *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*, 1926:2 (3) 1-9.

⁸⁷ Em 1927, o então inspetor da IPLDV, Oscar da Silva Araujo, definiu que embora a Inspetoria fizesse uso dos éteres etílicos de chaulmoogra, apenas 30% dos resultados seriam satisfatórios, salientando que “embora este tratamento não possa ser considerado como o ideal e definitivo, é suscetível de ser utilizado como meio auxiliar na profilaxia da lepra”. ARAÚJO, Oscar da Silva. “Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas no Brasil e a atuação do Departamento Nacional de Saúde Pública”. *Arquivos de Higiene* 1927:1 (2) 195-254.

⁸⁸ [Discursos] *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOC CC.06.085. DAD/COC/Fiocruz.

Dessa forma, o isolamento dos doentes se manteve também como reação a uma série de questões que a ciência ainda não conseguia responder. Como não era possível determinar os mecanismos de infecção do Bacilo de Hansen, conseqüentemente eram desconhecidas suas formas de prevenção e tratamento. A incapacidade científica em estabelecer o estudo biológico completo da doença e a certeza de sua origem humana, acabou por determinar que o isolamento dos doentes fosse a melhor forma de evitar a propagação do mal. E essa foi a principal ação da Inspeção desde a sua criação. Outra atividade considerada importante era a realização dos censos dos doentes pelos estados como forma de manter atualizada a estatística sobre a quantidade de doentes notificados e/ou internados em cada estado de modo a construir um panorama nacional da situação da lepra no país.

A criação de uma inspeção para a lepra e para as doenças venéreas fez parte do longo processo que procurou constituir a doença como um “flagelo nacional”. Buscou-se definir a doença como uma ameaça que comprometia ainda mais o quadro nosológico do país, incluindo no discurso a idéia de que a lepra também oferecia perigo ao futuro da nação. Durante as duas primeiras décadas do século XX os leprologistas mobilizaram esforços na tentativa de definir um lugar para a lepra entre as endemias nacionais. Para tanto foi necessário torná-la uma doença conhecida, visível aos olhos das autoridades. Produziram dados estatísticos de modo a definir o perfil epidemiológico de sua distribuição geográfica e a frequência dos casos. Essa maior visibilidade da lepra, aliada à ampliação das atribuições federais, permitiu que a doença passasse a integrar as ações profiláticas do governo, até então fora do seu alcance. A criação da Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas foi uma grande vitória dos especialistas que lutaram para que o Estado brasileiro assumisse para si a responsabilidade do combate à lepra.

A Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas (IPLDV) estava diretamente subordinada à Diretoria Geral do DNSP. Tinha por finalidade superintender e orientar o serviço de combate à lepra e às doenças venéreas em todo

o território nacional, e o de combate ao câncer no Distrito Federal, embora este não aparecesse na nomenclatura oficial.⁸⁹ Durante os seis anos iniciais, a IPLDV ficou sob a chefia do dermatologista e sifilógrafo Eduardo Rabello.⁹⁰ Foi dele também a responsabilidade de criar a primeira legislação brasileira que regeria o tema da lepra e das doenças venéreas. Especializado em radiologia, Rabello ajudou a fundar a Sociedade Brasileira de Radiologia e Eletrologia, em 1929.⁹¹ Rabello foi pioneiro no uso de radiações no tratamento de tumores cutâneos, e seu interesse sobre o câncer teria impulsionado o combate a essa doença para a alçada da inspetoria que dirigia.⁹²

Eduardo Rabello formou-se em medicina pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, defendendo sua tese de doutoramento sobre hematologia da ancilostomose em 1903. Curiosamente, no ano de 1900, antes mesmo de decidir-se pela sua especialização, o aluno Eduardo Rabello fez uma prova cujo tema *lepra* foi sorteado para dissertação.⁹³ Desde 1910, antes de atuar junto ao poder público, Rabello exerceu algumas funções na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, passando pelos cargos de substituto interino, assistente, livre docente, chefe de laboratório, até que em 1915, tornou-se o substituto da cátedra ocupada por Fernando Terra na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro.⁹⁴

⁸⁹ Sobre a legislação acerca do câncer, ver BRASIL, Coleção de Leis, 1923, vol. 3, p. 581. Decreto n.º. 16.300, de 31 de dezembro de 1923, art. 184.

⁹⁰ Dermato-sifilógrafo era a denominação dada aos médicos especializados em dermatologia e sifilografia, ou seja, aqueles que estudavam conjuntamente a lepra e as doenças venéreas. Dentre as doenças venéreas, a sífilis era considerada a mais importante. Cf. CARRARA, Sérgio, *Tributo à Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996, p. 93. Eduardo Rabello foi substituído por Oscar da Silva Araujo, em 1926. Este permaneceu no cargo até a extinção da mesma, em 1934.

⁹¹ Sobre o Termo de Fundação da Sociedade Brasileira de Radiologia e Eletrologia, em 1929, ver <http://www.sbrad.org.br/historia/historia.asp> Acesso em 29 de outubro de 2010.

⁹² SANGLARD, Gisele Porto. *Entre os salões e o laboratório: Guilherme Guinle, a saúde e a ciência no Rio de Janeiro, 1920-1940*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008, p. 170. Lembremo-nos que o Regulamento da IPLDV foi desenvolvido por Rabello e nele constam artigos que tratam especificamente do combate ao câncer.

⁹³ Antes de se formar em Medicina, Eduardo Rabello formou-se em farmácia pela mesma faculdade. As informações referentes ao aluno Eduardo Rabello encontram-se dispostas em sua pasta, preservada pela Faculdade de Medicina da UFRJ, cujo acesso foi gentilmente concedido pela Professora Diana Maul de Carvalho, visto que a coleção histórica da Faculdade encontra-se em organização. Pasta Eduardo Rabello, referência 52-7-27a – Faculdade de Medicina – UFRJ.

⁹⁴ Em 31 de outubro de 1910 foi nomeado para exercer interinamente o cargo de substituto na dermatologia. Em 08 de maio do ano seguinte, foi nomeado assistente da cadeira de clínica

Rabello teve um papel central na instalação da Sociedade Brasileira de Dermatologia em 04 de fevereiro de 1912, compondo ao lado de Fernando Terra e Werneck Machado, a sua comissão organizadora. Além disso, participou da redação final do estatuto da Sociedade. Fernando Terra foi eleito seu primeiro Presidente, tendo ficado para Rabello o cargo de Secretário Geral. Com a aposentadoria de Terra em 1925, Rabello sucedeu-o tanto na presidência da Sociedade Brasileira de Dermatologia, como também assumiu a titularidade da cátedra de doenças de pele e sífilis da Faculdade de Medicina. Rabello permaneceu na presidência da Sociedade Brasileira de Dermatologia por 15 anos ininterruptos, até a sua morte, em 1940, quando foi sucedido por Oscar da Silva Araújo.⁹⁵ Eduardo Rabello foi o detentor de uma posição institucional extraordinária, concentrando em suas mãos, em 1925, os poderes relacionados à cátedra de dermatologia e sifilografia, à direção nacional da luta contra a lepra e as doenças venéreas, e à Sociedade Brasileira de Dermatologia.

Como diretor da IPLDV, Rabello teria a função de conduzir os serviços sanitários que seriam executados diretamente pela Inspeção no Distrito Federal. Nos demais estados, sua atuação só se realizaria após a assinatura dos convênios, onde a Inspeção deveria prestar a orientação técnica e a fiscalização das medidas de combate à doença.

O primeiro regulamento específico da lepra foi elaborado ainda em 1920 por Eduardo Rabello. O regulamento não apenas criava um órgão central para coordenar e programar a luta profilática em todo país, como também estabelecer as diretrizes básicas, porém minuciosas, que deveriam orientá-la. Dessa forma, o controle da doença assumia um caráter mais coercitivo⁹⁶ e o isolamento, principal medida

dermatológica e sifilográfica da Faculdade. Alguns meses depois, em 26 de agosto de 1911, foi conferido à Rabelo, por vontade da congregação da Faculdade, o título de livre docente desta mesma clínica. Em abril de 1912, foi nomeado chefe do laboratório anexo à clínica dermatológica e sifilográfica. Em 1915, após proposta unânime da Congregação da Faculdade de Medicina, Rabello foi nomeado professor substituto de clínica dermatológica. Informações na Pasta de aluno de Eduardo Rabello, referência 52-7-27a.

⁹⁵ Cf. CARNEIRO, Glauco. *História da Dermatologia no Brasil*. Rio de Janeiro: SBD, 2002, pp 61-66. As informações sobre a trajetória de Rabello também foram retiradas do livro de CARRARA, Sérgio, *op. cit.*, p. 91.

⁹⁶ O regulamento sanitário federal de 1920 dava permissão para a utilização de força policial para conduzir o suspeito à realização dos exames obrigatórios, ou mesmo para assegurar o isolamento dos doentes. Além disso, proibia a entrada de estrangeiros doentes no país; a proibição de doentes de lepra se transferirem de estado ou município sem a autorização prévia das autoridades sanitárias do seu

profilática para o caso da lepra, tornava-se compulsório.⁹⁷ Inspirado na legislação dos países que, acreditava-se, obtiveram resultados positivos no combate a tais doenças, o regulamento sobre a profilaxia da lepra levou em consideração também as condições sociais e financeiras do nosso país.⁹⁸

Todo o regulamento sanitário federal recebeu críticas, passando por uma série de revisões até que uma nova versão foi aprovada em 15 de setembro de 1920.⁹⁹ No ano seguinte, o regulamento sofreu novas modificações e mais uma vez foi alvo de críticas, o que determinou sua retirada de circulação, voltando o Departamento Nacional de Saúde Pública a ser regulado pela versão anterior. Somente em 1923 foi aprovado um novo regulamento para a saúde pública, que vigorou por toda a Primeira República, sobrevivendo inclusive às primeiras reformas promovidas durante o governo provisório de Vargas.¹⁰⁰

No caso da lepra, o sistema adotado a partir de 1923 consistia na notificação obrigatória, como a prescrita para outras doenças infecciosas; no exame periódico dos comunicantes¹⁰¹, como meio de descobrir novos casos; e no isolamento hospitalar em colônias ou mesmo em domicílio, desde que cumprindo uma série de

local de destino; assim como não era permitido que a mãe leprosa amamentasse seus filhos. Cf. BRASIL, CL, 1923, vol. 3, p. 581. Decreto nº. 16.300, de 31 de dezembro de 1923, art.143, § 4º, art. 148, alínea g, art. 168, parágrafo único e art. 175.

⁹⁷ CUNHA, Vívian da Silva. *op. cit.*

⁹⁸ MOTTA, Joaquim. “Importância do Diagnóstico na Profilaxia da Lepra – Formas atípicas da doença”. *Arquivos de Higiene*, 1927:1 (2) 103-118.

⁹⁹ BRASIL, Coleção de Leis, 1920, vol. 3, p. 244. Decreto nº 14.354, de 15 de setembro de 1920.

¹⁰⁰ No relatório do diretor do DNSP ao ministro da Educação e Saúde, referente ao ano de 1944, João de Barros Barreto esclareceu que o regulamento sanitário de 1920 foi aprovado pelo decreto 14.189, de 26/05/1920, que transformava a antiga Diretoria Geral de Saúde Pública em Departamento Nacional de Saúde Pública. Esse decreto teria sido substituído pelo decreto 14.354, de 15/09/1920, modificado pelo de nº 15.003, de 15/09/1921, e ainda alterado pelo decreto n.º 16.300, de 31/12/1923. Cf. BARRETO, J. B. *O Departamento Nacional de Saúde Pública em 1944*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1945. O texto ao qual tivemos acesso foi o que acompanha o decreto 16.300 de 31 de dezembro de 1923.

¹⁰¹ Para os especialistas, os comunicantes eram aqueles que mantiveram contato com o indivíduo que foi considerado doente do Mal de Hansen. Esses comunicantes passariam a ser considerados como possíveis novos casos, e deveriam cumprir uma série de exames até que fosse comprovado ou descartado o contágio.

condições.¹⁰² Os doentes e os comunicantes deveriam seguir rigorosamente as prescrições do regulamento e as exigências da autoridade sanitária.

O isolamento prescrito no Código Sanitário de 1923 poderia ser de dois tipos. O nosocomial – praticado preferencialmente em colônias-agrícolas, admitindo-se sanatórios, hospitais, asilos, quando o reduzido número de leprosos não exigisse o estabelecimento de uma colônia. O isolamento domiciliar só deveria ser consentido para os casos não-contagiantes ou quando as condições financeiras do doente admitissem a adoção das medidas profiláticas consideradas necessárias, de acordo com as autoridades sanitárias. O isolamento domiciliar deveria permitir uma vigilância assídua e rigorosa sobre os doentes. Ambos os tipos de isolamento possuíam, também, regras de prevenção contra moscas e mosquitos.

A forma como o isolamento deveria ser realizada no país foi motivo de uma grande polêmica ocorrida na Academia Nacional de Medicina, em 1926, entre o sanitarista Belisário Penna e o dermato-sifilógrafo Eduardo Rabello.¹⁰³ A discussão teve como estopim a publicação do primeiro desacreditando o sistema de isolamento em leprosários praticado pela IPLDV.¹⁰⁴ Para ele, o único meio seguro para evitar a propagação da lepra seria por meio da retirada dos doentes da sociedade em que viviam. A solução para o problema estaria, portanto, na

“(...) formação em vez de colônias, de um ou dois municípios, com extensão territorial mais ou menos igual a do Distrito Federal, onde se poderia localizar a maioria dos leprosos existentes no país (...) de todas as classes sociais. Seria uma cidade com todo o conforto e higiene, possuindo todos os

¹⁰² A profilaxia especial da lepra está regulada pelos artigos 133 a 183, do Decreto nº. 16.300, de 31 de dezembro de 1923. BRASIL, CL, 1923, vol. 3, p. 581.

¹⁰³ CUNHA, Vívian da Silva. “Isolados ‘como nós’ ou isolados ‘entre nós’?: A polêmica na Academia Nacional de Medicina sobre o isolamento compulsório dos doentes de lepra.” *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, 2010:17, nº. 4, 939-954.

¹⁰⁴ PENNA, Belisário. ‘36 anos de lepra’. *Eu sei tudo*: v. 10, n.1, p. 21-23, junho de 1926. *Fundo Pessoal Belisário Penna*, Série Trajetória Profissional, BP/TP/19141140. DAD/COC/Fiocruz). Jun. 1926.

*elementos de diversão e distração, onde os próprios leprosos, remediados ou ricos, construiriam as suas casas em terrenos cedidos pelo Governo, administrariam o município, elegeriam a sua Câmara Municipal, fariam a sua politicagem tanto a gosto dos brasileiros e viveriam contentes e satisfeitos. Teriam juizes de paz, coletores, enfim, toda a organização de um município”.*¹⁰⁵

Como representante do governo federal, Rabello – que teria deixado a direção da IPLDV neste mesmo ano – defendeu as realizações da Inspetoria, afirmando que o melhor para os doentes e seus familiares seria a localização dos leprosários em locais fora dos centros urbanos, porém, próximos a eles.¹⁰⁶

Mesmo antes da criação da IPLDV já existiam alguns leprosários no país, a maioria deles construídos antes do século XX por iniciativa privada, especialmente aquelas de caráter religioso. Em algumas descrições de médicos e especialistas, esses leprosários eram procurados pelos indivíduos doentes apenas como abrigo, entrando e saindo sem nenhum controle.¹⁰⁷ Embora as estatísticas realizadas antes da década de 1920 já indicassem a existência de focos da doença na região norte do país, ainda eram reduzidos os leprosários existentes – tanto em quantidade quanto em capacidade de atuação. Com a criação da IPLDV iniciaram-se estudos para a instalação de novas colônias para o isolamento dos doentes. Além disso, realizou-se a pronta distribuição dos medicamentos para o tratamento da doença – como os éteres etílicos do óleo de chaulmoogra – para os estabelecimentos.

Após a criação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, em 1920, a União buscou estimular acordos com os estados para fazer cumprir o

¹⁰⁵ *Apud* SOUZA-ARAÚJO, *op. cit.*, p.417.

¹⁰⁶ RABELLO, Eduardo. *Boletim da Academia Nacional de Medicina*, 1926:98 (9) 263-291.

¹⁰⁷ VALVERDE, Belmiro. “Estado atual da lepra no Brasil”. *Arquivos Brasileiros de Medicina*, 1921:11 (9) 702-729.

regulamento federal no que dizia respeito à profilaxia da lepra. Esses acordos eram necessários por conta do sistema federalista brasileiro que impedia uma ação discricionária da União sobre os estados. Essa ação federal só foi acionada após a realização desses acordos, onde os estados assumiram o compromisso de respeitar e fazer cumprir em seus territórios, a legislação sanitária federal no que dizia respeito ao assunto. Com a crescente atuação nos estados, a Inspetoria passava a realizar o censo dos doentes nesses locais, buscando um estudo clínico e epidemiológico dos casos encontrados.

A extensão dos serviços oferecidos pela Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas nos estados, por questões econômicas, se daria através das estruturas dos serviços de higiene rural, ou seja, pelos Serviços de Profilaxia Rural que cuidariam, entre outras coisas, da profilaxia da lepra.¹⁰⁸ O primeiro estado a firmar acordo com o governo federal para a criação deste serviço foi o Pará, em 1921, e aos poucos a maioria dos estados permitiram a atuação da União em seus territórios.¹⁰⁹ Chefiado pelo Dr. Heraclides Cesar de Souza-Araújo, o Serviço de Saneamento Rural do Pará direcionou esforços específicos para enfrentar o problema da lepra no Estado. Após assumir o cargo, Souza-Araújo passou a escrever uma série de artigos de propaganda e educação sanitária, na *Folha do Norte* de Belém, com a intenção de preparar a opinião pública e a cooperação dos doentes para as medidas profiláticas que seriam postas em prática.¹¹⁰ Os esforços deste leprologista culminaram na inauguração da Lazarópolis do Prata, em 24 de junho de 1924.¹¹¹

¹⁰⁸ BRASIL, Coleção de Leis, 1923, vol. 3, p. 581. Decreto nº. 16.300, de 31 de dezembro de 1923, art. 1.463, parágrafo único, e seguintes.

¹⁰⁹ De acordo com o relatório da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, apresentado por Oscar da Silva Araújo, em 1927, os estados de São Paulo e Goiás até então não haviam firmado acordo com a União para a realização da profilaxia da lepra. ARAÚJO, Oscar da Silva. *op. cit.*

¹¹⁰ Esses artigos foram reunidos em livro. SOUZA-ARAÚJO, Heraclides Cesar de. *A Lepra. Modernos estudos sobre seu tratamento e profilaxia*. Propaganda Sanitária. Folheto de 97 pp. Tipografia Instituto Lauro Sodré, Belém, Pará, 1923.

¹¹¹ O estado do Pará contava ainda com um dispensário, criado em 1921, que cuidava da lepra e das doenças venéreas em períodos diferentes ao longo do dia. Além, disso, o Serviço de Profilaxia Rural do Pará assumiu, em 1924, o Hospício dos Lázaros de Tocunduba, que já contava com 270 leprosos internados. Ao final da década de 1920, o estado tinha fichado 3.130 doentes. Sobre o Estado do Pará, ver SOUZA-ARAÚJO, Heraclides Cesar de, *História da Lepra no Brasil. Período Republicano (1890-1952)*. Volume III, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1956, pp. 538-556.

No mês seguinte à inauguração deste leprosário, Souza-Araújo deixou o cargo de Chefe do Serviço de Profilaxia Rural do Pará para reassumir o de Assistente do Instituto Oswaldo Cruz. Isso aconteceu porque lhe foi concedida uma bolsa de estudos oferecida pela Fundação Rockefeller. Esta bolsa vinha sendo pleiteada pelo governo brasileiro para que o especialista realizasse uma viagem pelo mundo com a finalidade única de estudar a lepra. Entretanto, a Fundação Rockefeller nunca demonstrou interesse pelo problema da lepra. A agência filantrópica americana visava quase que exclusivamente às ações continentais contra a ancilostomíase, a malária e a febre amarela. Seu interesse estava, portanto, em doenças passíveis de serem combatidas com sucesso mediante campanhas rápidas e de grande visibilidade. No acordo estabelecido com a Rockefeller, que foi mediado por Carlos Chagas, então diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, Souza-Araújo deveria realizar durante um ano o curso de higiene em uma das escolas da Fundação Rockefeller, podendo usar o período de férias para os assuntos de seu interesse.¹¹²

Nos 40 países visitados por Souza-Araújo, foram observados e registrados variados aspectos em relação à localização dos hospitais, a arquitetura dos leprosários, os medicamentos utilizados, formação do pessoal especializado, o tipo de alimentação oferecida aos doentes etc. Para cada país visitado, Souza-Araújo teceu considerações sobre estes aspectos, apresentando tabelas com o número de internos; dados epidêmicos, patologia, sorologia e terapêutica empregadas; as despesas efetuadas; a religião e os aspectos cotidianos dos doentes, além da legislação sanitária do país em questão.¹¹³ Estes apontamentos foram reunidos em um livro.¹¹⁴

¹¹² Carta de Florence M. Read a Janney, 14 de novembro de 1923. Rockefeller Foundation, RG – 51.2, S-305, Box 160, F-2082.

¹¹³ SOUZA-ARAÚJO, H. C de. *A lepra – estudos realizados em 40 países (1924-1927)*. Rio de Janeiro: Tipographia do Instituto Oswaldo Cruz, 1929. Souza-Araújo mostrou-se muito cuidadoso ao registrar suas viagens através de fotografias, servindo para enriquecer suas observações. Este grande acervo iconográfico encontra-se preservado sob a guarda do Departamento de Arquivo e Documentação da Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ.

¹¹⁴ *Idem*. Souza-Araújo classificou este livro como um relatório de viagem mundial de estudos sobre a lepra e foi realizado “(...) com o fito exclusivo de adquirir luzes e experiência sobre o grave problema da lepra, afim de melhor poder servir à minha Pátria”. Cf. SOUZA-ARAÚJO, Heraclides César de. *História da lepra no Brasil – Volume III - Período Republicano (1890-1952)*. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1956, Prefácio.

Neste livro, Souza-Araújo nos informa que o Instituto Oswaldo Cruz e a Fundação Rockefeller custearam apenas metade dos gastos com a viagem; o restante teria sido pago por suas próprias economias.¹¹⁵ A partir desta viagem, o pesquisador fortaleceu sua reputação nacional e construiu contatos e laços internacionais que o ajudaram a se firmar como um especialista de lepra reconhecido internacionalmente. Durante sua trajetória, Souza-Araújo acumulou vários títulos, além do seu cargo de Assistente do Instituto Oswaldo Cruz.¹¹⁶ No seu retorno ao IOC, Souza-Araújo foi convidado a chefiar um laboratório de pesquisas leproológicas que Carlos Chagas decidira criar no Instituto, de modo a incentivar a pesquisa e a luta contra a doença no país.¹¹⁷

A atuação da Inspetoria foi bastante tímida durante a década de 1920, construindo apenas três leprosários: além da já comentada Lazarópolis do Prata, construiu também o leprosário São Roque, no Paraná; e o Hospital Colônia Curupaiti, no Distrito Federal. A União custeou, ainda, a construção de um leprosário em São Luiz do Maranhão, que foi abandonado antes de ser inaugurado. O leprosário São Roque foi o segundo leprosário construído a partir de acordo entre União e um Estado. Inaugurado em 1926, tinha o formato recomendado pela Inspetoria, ou seja, do tipo colônia, contando com um pavilhão central, administração, consultórios, salas de trabalho, de lazer, de observação, e aposentos particulares. Já o Hospital

¹¹⁵ “A viagem à volta do mundo (1924/1927) em objeto de estudos de lepra fi-la com a bolsa de 120 dólares por mês da Fundação Rockefeller, durante 24 meses e gastando 53 contos (5.300 dólares a 10\$000, câmbio da época) das minhas economias de 38 meses de chefia do Serviço de Saneamento Rural no Pará. Do governo não recebi nenhuma ajuda de custo”. Ver: “Justificando” In: *Bio-Bibliografia do Professor Heraclides César de Souza-Araújo*, 1957:87-88. A informação sobre a ajuda dada pelo IOC aparece no Prefácio da obra *A Lepra. Estudos realizados em 40 países (1924-1927)*, publicada em 1929.

¹¹⁶ Souza-Araújo foi membro titular da Academia Nacional de Medicina, e membro de várias instituições internacionais, como a Academia Espanhola de Dermatologia e Sifilografia, da Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, sócio fundador da Societas Internationalis Leprologiae, de Bergen, Noruega, além de correspondente da American Society of Tropical Medicine, da Sociedade Argentina de Dermatologia, da Sociedade de Ciências Médicas de Lisboa, entre outras.

¹¹⁷ SOUZA-ARAÚJO, Heraclides Cesar de. “30 anos de atividades do Laboratório de Leprologia do Instituto Oswaldo Cruz.” *Revista Brasileira de Medicina*, 1957: XIV (11) 789-794.

Colônia Curupaiti, no Rio de Janeiro, foi inaugurado em janeiro de 1929, com algumas obras ainda em andamento.¹¹⁸

Outros estados já possuíam um local de isolamento de doentes, em geral, anteriores ao século XX, e construídos por iniciativa privada, como é o caso do Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro, o primeiro do país, fundado em São Cristóvão em 7 de agosto de 1741 por Gomes Freire de Andrade e por ele mantido até a sua morte em 1763, quando foi assumido pela Irmandade do Santíssimo Sacramento da Candelária.¹¹⁹ Além deste, o país contava também com o Hospital dos Lázaros da Bahia, depois chamado de Hospital D. Rodrigo de Meneses, datado de 1787; o Asilo São João dos Lázaros, em Cuiabá, Mato Grosso, em 1815; e o Hospital dos Lázaros de Sabará, Minas Gerais, em 1883.¹²⁰

O estado de São Paulo constituiu uma exceção às ações federais. Em 1924 criou seu próprio Serviço de Profilaxia da Lepra, embora já estivesse em funcionamento um serviço nacional similar.¹²¹ No ano seguinte, o serviço foi remodelado e denominado Inspeção de Profilaxia da Lepra (IPL). Enquanto o isolamento era seletivo em alguns estados do país – devido ao número reduzido de leprosários, a orientação federal baseava-se no isolamento dos doentes que tinham o tipo de lepra considerado mais contagioso – em São Paulo a IPL impunha o isolamento compulsório para todas as pessoas diagnosticadas com lepra. Além disso, a “sociedade civil” paulistana fazia grandes doações à causa e o governo estadual liberava muito dinheiro para o combate à endemia, o que garantia uma grande dotação orçamentária, permitindo-lhes atuar de modo independente ao que se realizava pela IPLDV.

¹¹⁸ Sobre os leprosários construídos até 1929, ver SOUZA-ARAÚJO, Heraclides Cesar de. *História da Lepra no Brasil. Período Republicano. Volume III (1890-1952)*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1956, p.533-597.

¹¹⁹ Cf. AGRÍCOLA, Ernani. “A lepra no Brasil – Resumo histórico”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*, 1960:19 (2) 143-155.

¹²⁰ Cf. SOUZA-ARAÚJO, Heraclides Cesar de. *História da Lepra no Brasil. Período Republicano. Volume III (1890-1952)*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1956, p.533-597.

¹²¹ Sobre o “modelo paulista” de isolamento dos doentes ver MONTEIRO, Yara Nogueira. *Da maldição divina à exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo*. Tese de Doutorado em História Social. São Paulo: FFLCH da Universidade de São Paulo, 1995; e também MONTEIRO, Yara Nogueira, “Prophylaxis and exclusion compulsory isolation of Hansen’s disease patients in São Paulo.” In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 2003:10 (supplement 1) 95-121, p. 101.

O ensino da leprologia já era oferecido pela cadeira de Clínica Dermatológica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro desde 1922. Joaquim Motta, assistente da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, indicava a necessidade de que esse ensino se tornasse obrigatório nas faculdades médicas do país para que todos os médicos fossem capazes de diagnosticar a lepra, prestando seu auxílio à administração sanitária e evitando confundir a doença com outras dermatoses.¹²² Ele mesmo indicou que, em 1927, muitos dos diagnósticos realizados pela Inspetoria ainda confundiam a lepra com sífilis, psoríase, leishmaniose, e outras.¹²³ Por isso a importância conferida pelos especialistas com relação ao diagnóstico precoce, antecipado, da doença.

A partir de 1925, a Faculdade de Medicina, em acordo com o Instituto Oswaldo Cruz, passou a oferecer um Curso de Higiene e Saúde Pública.¹²⁴ Este curso constituiria uma especialização do ensino médico, voltado especialmente à educação técnica daqueles que pretendiam se profissionalizar, recebendo o título de higienistas.¹²⁵ Para tanto, era necessário que o candidato, além de pagar as taxas referentes ao curso, tivesse o título ou diploma de médico atestado por faculdades de medicina oficiais, além de ter sido aprovado no curso vestibular oferecido pelo IOC.¹²⁶ Neste Curso de Higiene e Saúde Pública, a lepra e as doenças venéreas

¹²² MOTTA, Joaquim. “O problema da lepra no Brasil”. Apresentado ao Congresso Nacional dos Práticos. *Arquivo Brasileiro de Medicina*, 1922:12 (10) 785.

¹²³ MOTTA, Joaquim. “Importância do Diagnóstico na Profilaxia da Lepra – Formas atípicas da doença”. *Arquivos de Higiene*, 1927:1 (2) 103-118. A lepra, por ser uma doença cujos sinais aparecem na pele, pode ser facilmente confundida com outras dermatites, principalmente durante a fase inicial da doença. Portanto, a questão do diagnóstico precoce, antecipado da doença, ser considerada de fundamental importância entre os especialistas. Afinal, quanto mais cedo se identificar a doença, mais chances do doente não ter consequências irreversíveis, como a perda de sensibilidade da região afetada e até mesmo a cegueira.

¹²⁴ Na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, encontramos uma pasta denominada “Curso de Higiene e Saúde Pública – Processos de alunos”, onde verificamos este acordo entre a Faculdade de Medicina e o Instituto Oswaldo Cruz para oferecer um curso de especialização nesta área. Uma das disciplinas era voltada para a lepra e as doenças venéreas e ficou sob a responsabilidade do Professor Eduardo Rabelo durante a década de 1930. Este material também ainda não se encontra organizado.

¹²⁵ Conforme artigo 1º. do “Regimento Interno do Curso de Higiene e saúde Pública da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro”. Pasta Curso de Higiene e Saúde Pública – não organizada. Faculdade de Medicina – UFRJ.

¹²⁶ Segundo o artigo 5º do “Regimento Interno do Curso de Higiene e saúde Pública da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro”, a parte vestibular do curso envolveria as disciplinas professadas no

também tiveram destaque, como parte do que era ensinado na cadeira de Epidemiologia e Profilaxia Especializadas. Eduardo Rabello, então professor da cátedra de Dermatologia e Sifilografia da Faculdade de Medicina e ex-inspetor da IPLDV, foi nomeado para ministrar as aulas da cadeira. Curiosamente encontramos na documentação deste curso diversos requerimentos de alunos solicitando não cursar a disciplina específica sobre a lepra professada por Rabello.

O ensino e a pesquisa em leprologia eram campos importantes e que também ganharam destaque na década de 1920 no Brasil. As incertezas biomédicas sobre a doença refletiam num maior interesse dos cientistas na busca por soluções que, de fato, fossem aplicadas no controle da doença e no cuidado ao doente.

2.3. – O primeiro centro de pesquisas no IOC: Souza-Araújo e o Laboratório de Leprologia.

Em março de 1927, foi criado no Instituto Oswaldo Cruz, o Laboratório de Leprologia, chefiado pelo Dr. Heraclídes César de Souza-Araújo, um dos maiores especialistas brasileiros na doença. A criação desse laboratório nas dependências do IOC é um tema que ainda precisa ser devidamente explorado.¹²⁷ Além de ter sido o único a se pronunciar a respeito das atividades realizadas pelo Laboratório durante as décadas em que esteve em funcionamento, teria sido, também, seu único chefe, a convite de Carlos Chagas, então diretor do IOC.¹²⁸

curso de microbiologia, parasitologia e entomologia médicas do IOC, lecionadas pelos técnicos deste instituto. Pasta Curso de Higiene e Saúde Pública – não organizada. Faculdade de Medicina – UFRJ.

¹²⁷ Corroborando com as pesquisas já realizadas por Laurinda Maciel, é necessário reafirmar que de todo material consultado por mim para esta pesquisa, somente aqueles escritos pelo Dr. Souza-Araújo afirmam explicitamente a criação do dito laboratório, em 1927, onde muitos técnicos nacionais e estrangeiros teriam feito estágio. MACIEL, Laurinda Rosa. *op. cit.*, p. 42

¹²⁸ A principal referência à criação do Laboratório de Leprologia encontra-se citada em SOUZA-ARAÚJO, H. C. de. *História da Lepra no Brasil. Período Republicano (1890-1952)*. Volume III, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1956, p. 521. *Idem*, “30 anos de atividades do Laboratório de Leprologia do Instituto Oswaldo Cruz.” *Revista Brasileira de Medicina*, 1957: XIV (11) 789-794.

Em 1957 Souza-Araújo apresentou um balanço à Academia Nacional de Medicina, na sessão de 25 de julho, sobre os 30 anos de atividades deste Laboratório. Esse material parece uma defesa do leprólogo sobre a existência do Laboratório no IOC, haja vista o que ele afirma ao final do artigo: “Por este exaustivo balanço se comprova que existe no IOC um serviço de pesquisas leproológicas, ao qual continuo e continuarei servindo, apesar de aposentado”¹²⁹. Isso nos leva a crer que desde aquele momento já se questionava sobre a existência de um laboratório especialmente voltado para a leprologia no Instituto Oswaldo Cruz.

Na sua defesa, Souza-Araújo garante que nunca solicitou ou lutou a favor da inclusão do Laboratório de Leprologia nos organogramas do IOC, “para efeito de função gratificada”¹³⁰. Seu interesse maior não era a questão financeira, mas o incentivo à pesquisa e ao ensino da leprologia. Para justificar ainda mais a existência do dito laboratório, Souza-Araújo apresentou uma lista exaustiva das atividades realizadas pelo laboratório desde sua criação, segundo ele, em 1927, até o momento daquela defesa, em 1957. Essas atividades foram reunidas em grupos para uma melhor visualização da quantidade de trabalhos e pesquisas realizadas, dos cursos oferecidos, bem como da dimensão internacional de sua atuação: 159 trabalhos publicados; participações em conferências no exterior; representações em congressos; cooperação internacional; cursos de leprologia; e resultados das pesquisas. Mas o que chama atenção nessa defesa é que o balanço apresentado corresponde, na realidade, às *suas próprias* atividades laboratoriais nesses 30 anos (1927-1957). Em todo o artigo Souza-Araújo apresenta suas pesquisas, suas participações em cursos e conferências, como se o Laboratório de Leprologia do IOC fosse constituído por um único pesquisador: ele mesmo.

Souza-Araújo foi um respeitado leprologista, de reputação internacional e que dedicou sua vida ao estudo desta doença. As pesquisas e seus resultados não constituem invenções e se foram realizadas em um notável “Laboratório de Leprologia” ou em uma sala com aparelhagens específicas não alteram a importância

¹²⁹ *Idem*. “30 anos de atividades do Laboratório de Leprologia do Instituto Oswaldo Cruz.” *Revista Brasileira de Medicina*, 1957: XIV (11) 789-794, p. 794

¹³⁰ *Idem*, p. 789.

das suas atividades. De fato, como funcionário do IOC, além de realizar pesquisas sobre a doença, Souza-Araújo também atendia pacientes, acolhia alunos para treinamento nos cursos de leprologia e recebia pesquisadores para a elaboração de estudos sobre a doença.

Mesmo não tendo encontrado nenhuma outra referência que ratificasse a criação deste laboratório, duas importantes motivações serviriam para corroborar com a idéia de que ele teria realmente existido. A primeira seria o histórico do Instituto Oswaldo Cruz, que naquele momento já havia se consolidado como um avançado espaço de pesquisa em biologia experimental, produção de vacinas, atendimento hospitalar e pesquisa em doenças tropicais.¹³¹ Seria perfeitamente possível que a isso fosse aliado um espaço dedicado à lepra - doença que, durante a década de 1920, ganhou maior visibilidade nacional, suscitando pesquisas por parte dos acadêmicos e promovendo políticas públicas de controle por parte dos governos.

A segunda motivação estaria relacionada à trajetória profissional de Souza-Araújo, o que explicaria muito bem a sua escolha para ser o chefe deste laboratório. Desde 1918 Souza-Araújo já atuava diretamente com a questão da lepra, quando foi nomeado chefe do Serviço de Saneamento Rural no Paraná. Este era o setor governamental que cuidava do tema da lepra nos limites geográficos dos estados que tivessem firmado acordo com o governo federal. Lá, embora cuidasse também de outras doenças, como a malária, e a febre tifóide, Souza-Araújo deu início a realização de um censo de leprosos e realizou projetos para a construção de três hospitais de isolamento para estes doentes. Do Paraná, Souza-Araújo foi assumir o Serviço de Saneamento Rural do Pará, em 1921, onde permaneceu até 1924, quando conseguiu inaugurar a Lazarópolis do Prata.¹³² Após essa inauguração, Souza-Araújo retornou ao IOC, assumindo seu posto de assistente no grupo de Adolpho Lutz.¹³³

¹³¹ Cf. BENCHIMOL, Jaime Larry. *Manguinhos do sonho à vida: a ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 1990.

¹³² SOUZA-ARAÚJO, Heraclides Cesar de. *A lepra. Estudos realizados em 40 países. 1924-1927*. Rio de Janeiro: Tipografia do Instituto Oswaldo Cruz, 1929, p. 7.

¹³³ Souza Araújo formou-se na Faculdade de Farmácia de Ouro Preto, em 1912, e no ano seguinte foi cursar medicina na Faculdade do Brasil e no Curso de Aplicação do IOC. Um dos mais importantes professores deste curso foi o Dr. Adolpho Lutz, de quem Souza-Araújo se aproximou devido ao interesse de ambos pela temática da lepra. Desde então, Souza-Araújo se aproximou dos cientistas de

Quando voltou da viagem que realizou pelo mundo, Souza-Araújo estava cheio de novidades: pesquisas a serem realizadas e medicamentos a serem testados nos pacientes – na busca incessante pelo medicamento que pudesse curar o doente ou a profilaxia que pudesse evitar e controlar a doença. Foi neste momento que Souza-Araújo teria sido convidado a chefiar um laboratório onde pudesse realizar essas pesquisas e onde tivesse autonomia para testar suas fórmulas. Souza-Araújo, além de pesquisador, também exercia a clínica, atendendo aos pacientes do Hospital de Manguinhos.

O Instituto Oswaldo Cruz já possuía um avançado espaço de pesquisa em medicina experimental, produção de vacinas, pesquisa clínica e pesquisa em doenças tropicais.¹³⁴ Entre estas atividades, o IOC incluiu a pesquisa leproológica com a criação do Laboratório de Leprologia, em 1927. No ano seguinte, o Laboratório introduziu no Curso de Aplicação do Instituto Oswaldo Cruz, o ensino da leprologia.¹³⁵ Os alunos que prestaram exame para esta turma ingressaram em fevereiro de 1928 se formaram em julho de 1929.¹³⁶ O curso contava, inclusive, com visitas e observações clínicas realizadas no Hospital dos Lázaros, no Leprosário de Curupaiti e também na Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas. Foram oferecidos cursos nessa especialidade para técnicos nacionais e estrangeiros, de onde saíram muitos trabalhos referentes a essa doença.¹³⁷ Mesmo com uma maior

Manguinhos – como também era conhecido o Instituto Oswaldo Cruz, participando de pesquisas ao lado destes pesquisadores. Souza-Araújo foi nomeado assistente adjunto efetivo do IOC em março de 1919.

¹³⁴ Cf. BENCHIMOL, Jaime Larry. *Manguinhos do sonho à vida: a ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 1990.

¹³⁵ A documentação sobre o primeiro Curso de Leprologia oferecido pelo IOC, entre os dias 02 e 14 de fevereiro de 1928, encontra-se em *Fundo Instituto Oswaldo Cruz – Seção Departamento de Ensino e Cursos*, Caixa 6, maço 8. DAD/COC/Fiocruz.

¹³⁶ Entre os alunos desta turma encontrava-se Hildebrando Portugal que se tornaria o leprologista responsável pelo Centro de Saúde do Distrito Federal, realizando estudos epidemiológicos e combatendo a doença naquele âmbito; posteriormente, foi professor da UFF e responsável pelo ensino de Dermatologia naquela universidade. Entre os 18 alunos do curso encontramos duas farmacêuticas. Cf. SOUZA-ARAÚJO, H.C. de. *História da lepra no Brasil*, p. 523-525. Olympio da Fonseca Filho argumenta que “(...) nos domínios da bacteriologia e particularmente no dos estudos sobre lepra, não podemos deixar de mencionar o papel que durante muito tempo ele representou como centro de estudos de Leprologia. Relevante ou não, esse papel, deve-o Manguinhos à dedicação e à perseverança de Souza-Araújo que, durante mais de 40 anos, se ocupou do estudo da lepra, sob seus diversos aspectos”. *A escola de Manguinhos*, p. 27.

¹³⁷ Cf. SOUZA-ARAÚJO, H. C. de. *História da Lepra no Brasil. Período Republicano (1890-1952)*. Volume III, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1956, p. 521-522.

difusão do ensino da lepra, ainda não era possível evitar os problemas de diagnósticos realizados por médicos leigos ou com pouca experiência no assunto.

Com o empenho pessoal de Souza-Araújo, estas atividades foram pioneiras, servindo de base para aquelas que seriam implementadas após a criação do CIL. Enquanto isso, no cenário nacional, a política preconizada pelos dirigentes da saúde pública brasileira, em especial aqueles que cuidavam especificamente do tema da lepra, seguia mais no campo da teoria do que da prática. Até o final da década de 1920, a execução do isolamento dos doentes de sua família e, principalmente, da sociedade, viu-se prejudicada, visto o reduzido número de estabelecimentos para segregar os mais de 12 mil doentes recenseados pela União em todo o país.¹³⁸ As dificuldades financeiras que perduraram durante o período também estiveram presentes durante o Governo Provisório, nos primeiros anos da década de 1930.

2.4. – O combate à lepra na Era Vargas

Um movimento político-militar em outubro de 1930 encerrou o primeiro período republicano.¹³⁹ O Governo Provisório (1930-1934) foi instituído formalmente por Getúlio Vargas em 11 de novembro do mesmo ano, o que o levaria a exercer, discricionariamente, as funções e atribuições do Poder Executivo e do Poder Legislativo, até a promulgação da nova Constituição, fato que só ocorreu em 16 de julho de 1934. O decreto que instituiu o Governo Provisório também confirmou a dissolução do Congresso Nacional, das Assembléias Legislativas dos estados e das Câmaras ou Assembléias dos municípios e todos os órgãos legislativos

¹³⁸ Cf. ARAÚJO, Oscar da Silva, *op. cit.*

¹³⁹ Sobre a Revolução ocorrida no ano de 1930, ver FAUSTO, Boris. *A Revolução de 1930*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1995.

existentes.¹⁴⁰ A autonomia financeira dos estados e municípios, entretanto, foi mantida, bem como as obrigações assumidas pelas esferas do poder.¹⁴¹

Para que os ideais de formação de um Estado forte e centralizado fossem concretizados, acreditava-se que seria necessária, primordialmente, a construção de um aparato governamental que atuasse em todo o território nacional, de forma a coordenar e uniformizar as ações nas três esferas de poder: União, Estado e Município.¹⁴² Assim, todo o setor público passou por reformas a partir de 1930. Essas alterações na natureza do Estado permitiram as condições iniciais para que as questões sociais, em geral, e as de saúde, em particular, fortemente questionadas em períodos anteriores, fossem alvo de enfrentamento político no pós-30.

A criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp) estava inserida nessa perspectiva de reforma administrativa.¹⁴³ O Mesp compreendeu quatro Departamentos Nacionais: de Ensino, de Saúde Pública, de Medicina Experimental e de Assistência Pública¹⁴⁴ e seu regulamento foi publicado no início de 1931.¹⁴⁵ Essa reforma implicava, teoricamente, no aumento da capacidade reguladora do governo federal sobre todas as esferas da política. Na prática, isso nem sempre era possível, o que pode ser facilmente verificado, por exemplo, a partir das atividades realizadas

¹⁴⁰ BRASIL, Coleção de Leis, 1930, vol. 2, p. 11. Decreto n°. 19.398, de 11 de novembro de 1930.

¹⁴¹ *Ibidem*, art. 9°. Sobre o Estado Novo, há uma extensa bibliografia, a qual destaco, OLIVEIRA, Lucia Lippi, VELLOSO, Mônica P. e GOMES, Ângela M. Castro. *Estado Novo: ideologia e poder*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982; PANDOLFI, Dulce (org.). *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.

¹⁴² OLIVEIRA, Lúcia Lippi. *Elite intelectual e debate político nos anos 30*. Rio de Janeiro: FGV, INL-MEC, 1980.

¹⁴³ WAHRLICH, Beatriz Marques de Souza. *Reforma administrativa na era de Vargas*. Rio de Janeiro: FGV, 1983. Sobre a história institucional da saúde pública, RODRIGUES, Bichat de Almeida e ALVES, Amaro Luiz. *Evolução Institucional da Saúde Pública*. Brasília: Ministério da Saúde, 1977. BRASIL, Coleção de Leis, 1930, vol. 2, p. 15. Decreto n°. 19.402, de 14 de novembro de 1930.

¹⁴⁴ BRASIL, Coleção de Leis, 1930, vol. 2, p. 48. Decreto n°. 19.444, de 1.º de dezembro de 1930. Segundo a Divisão de Pesquisas do IBRA/FGV, o DNSP trouxe consigo os serviços que dele já faziam parte, como as Diretorias dos Serviços Sanitários Terrestres e o do Distrito Federal e a Diretoria de Defesa Sanitária Marítima e Fluvial. *Apud* WAHRLICH, *op. cit.*, p. 18.

¹⁴⁵ BRASIL, Coleção de Leis, 1931, vol. 1, p. 3. Decreto n°. 19.560, de 05 de janeiro de 1931.

pelo DNSP. Apesar de ter a denominação *Nacional*, problemas financeiros e até mesmo políticos reduziam sua ação, quase sempre, à capital federal.¹⁴⁶

A reforma empreendida nos anos 1930 não modificou as estruturas referentes ao combate à lepra no país. O Governo Provisório manteve, inclusive, o Departamento Nacional de Saúde Pública na sua antiga estruturação, ou seja, com o mesmo regulamento sanitário da década de 1920, em vigor desde 31 de dezembro de 1923.¹⁴⁷ Durante o Governo Provisório a questão da lepra continuou a cargo da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas (IPLDV). Mesmo após mais de dez anos de existência, as atividades da Inspetoria eram ainda muito restritas no território nacional.

As ações federais no combate à lepra continuavam sem a condução de um plano específico durante o Governo Provisório. Durante o Governo Provisório houve uma tentativa maior de regularizar os auxílios financeiros fornecidos pelo governo federal aos estados, destinados ao problema da lepra. Nos anos de 1930 e 1931, os auxílios financeiros provenientes da União eram destinados, de modo geral, às ações empreendidas no Distrito Federal. Em 1931, foi inaugurado um leprosário em Minas Gerais: a Colônia Santa Isabel, construída com verba federal¹⁴⁸. A partir do ano de 1932, o governo federal passou a fornecer auxílios regulares aos governos estaduais com a finalidade de construção ou manutenção de leprosários. Neste ano, além das ações no Distrito Federal, o governo federal destinou ao estado do Maranhão uma verba para auxiliar a construção do leprosário do Bonfim, que deveria contar também com o suporte financeiro estadual.

A ação federal no ano de 1933 deu-se em três estados, além do Distrito Federal. No Maranhão, a verba continuou destinada ao Leprosário do Bonfim; no Espírito Santo deu-se início à construção da Colônia de Itanhenga, também com

¹⁴⁶ Carta de Belisário Penna a Getúlio Vargas, de 02 de julho de 1931. *Fundo Belisário Penna*, BP/TP/19141140 – Pasta 21. COC/Fiocruz.

¹⁴⁷ “Estudo enviado a Gustavo Capanema contendo dados sobre as atividades dos órgãos de direção de saúde pública no Brasil de 1521 a 1935”. GC pi Parreiras, D. 1936.09.06. *Arquivo Gustavo Capanema*. CPDOC/FGV.

¹⁴⁸ “Notas sobre Lepra – Contribuição da União para o combate à lepra”. GC h 1935.09.02. *Arquivo Gustavo Capanema*. CPDOC/FGV.

verbas do Estado; e em Minas Gerais o auxílio destinou-se para a manutenção e melhoramentos da Colônia Santa Isabel, inaugurada dois anos antes. No ano de 1934, tanto os estados contemplados quanto o total de verbas fornecidas praticamente dobrou.¹⁴⁹ As verbas eram distribuídas levando-se em consideração as possibilidades financeiras da União em atender às necessidades de cada Estado.¹⁵⁰

O estado de São Paulo manteve independente seu serviço de saúde voltado para a lepra. Muitas das medidas adotadas no estado precederam as do governo federal, principalmente porque São Paulo, como já dissemos, possuía recursos suficientes para aplicar no combate à doença, o que o capacitou a desenvolver suas próprias medidas profiláticas em relação à lepra: em 1931 inaugurou o Sanatório Padre Bento, e em 1934, o Asilo-Colônia Pirapitingui, ambos construídos unicamente com verba estadual.¹⁵¹ A partir de 1937, com a entrada em vigor do Plano Nacional de Combate a Lepra desde 1935 e a defesa, cada vez mais intensa, pela uniformização das ações nesta área, o Estado de São Paulo passou a receber o auxílio federal, destinado para a ampliação de três dos cinco estabelecimentos criados por iniciativa paulista.¹⁵²

Na tentativa de expandir a execução das medidas profiláticas por todo o país de modo uniforme, a Federação das Sociedades de Assistência aos Lázarus e Defesa contra a Lepra¹⁵³ realizou, em 1933, na Capital Federal, um encontro de técnicos. A I

¹⁴⁹ “Ao ser inaugurado o leprosário de Itanhenga, no Espírito Santo, a 11 de abril de 1937, o Dr. Ministro Gustavo Capanema pronunciou um discurso em que analisa as iniciativas do governo federal em face da lepra.” GC h 1935.09.02. *Arquivo Gustavo Capanema*. CPDOC/FGV.

¹⁵⁰ A cooperação federal nos estados poderia ser realizada de duas maneiras: apenas financeira, doando uma parcela do dinheiro para a realização da obra do leprosário, cujo valor era variável, dependente de cada caso; ou financeira e técnica, onde o governo federal assumia inteiramente os custos da construção para posteriormente entregar o leprosário ao Estado. Cf. “Discurso de Gustavo Capanema por ocasião da inauguração do leprosário de Itanhenga, no Espírito Santo, a 11 de abril de 1937”. GC h 1935.09.02. *Arquivo Gustavo Capanema*. CPDOC/FGV.

¹⁵¹ “Breve Notícia Histórica. Relatório do Departamento de Profilaxia da Lepra do Estado de São Paulo – Correspondente ao ano de 1935 – Seção de Doentes”. GC h 1935.09.02. *Arquivo Gustavo Capanema*. CPDOC/FGV.

¹⁵² BARRETO, João de Barros. “Organização moderna da luta contra a lepra: a campanha no Brasil”. *Arquivos de Higiene*. 1938:8 (2) 245-261.

¹⁵³ Em fevereiro de 1926 foi criada a Sociedade de Assistência aos Lázarus e Defesa contra a Lepra no estado de São Paulo, por iniciativa de Alice de Toledo Ribas Tibiriçá. Suas atividades visavam a assistência às famílias dos doentes, a educação dos filhos de pais leprosos e o regresso dos ex-doentes à sociedade. Além disso, divulgava informações a respeito da doença através de informes e panfletos.

Conferência Nacional de Lepra, mais conhecida como Conferência para a Uniformização da Campanha contra a Lepra, tinha por finalidade o estudo e o assentamento de providências com o caráter de uniformizar em todo o país a cura e a profilaxia do mal de Hansen.¹⁵⁴

Desde o final da década de 1910, os especialistas já defendiam a uniformização das ações de combate à lepra por todos os estados, de modo a garantir uma atuação mais permanente e eficaz. Na Conferência de 1933 delegados de todos os estados contribuíram com sugestões sobre a epidemiologia, estatísticas e profilaxia da doença. O isolamento foi reconhecido mais uma vez como a mais importante das medidas sanitárias para a profilaxia da lepra.¹⁵⁵ Souza-Araújo compartilhava com a maioria dos participantes desta conferência, a idéia de que somente os doentes capazes de contagiar – os chamados “casos abertos” – deveriam ser isolados em sua totalidade.¹⁵⁶

A Conferência para a Uniformização da Campanha contra a Lepra concluiu que o combate à lepra no país seria um problema de “salvação pública” e que, portanto, deveria ser resolvido pela União. Para tanto, sugeriu que os métodos profiláticos a serem adotados fossem uniformizados, de modo a facilitar a campanha no país. Para a Conferência, o sucesso desse empreendimento dependeria de dois elementos fundamentais: um corpo de técnicos especializados para fixar diretrizes uniformizadas e garantir sua execução em nosso país¹⁵⁷; e verbas suficientes para o

Essa sociedade paulista serviu de inspiração a todas as outras que foram posteriormente fundadas no país e que deram origem, em 1932, à Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra. Entre seus integrantes predominavam as mulheres, as “damas da sociedade” que ficavam responsáveis por suas realizações. Em alguns estados, como foi o caso de São Paulo, a Sociedade colaborou financeiramente na construção de asilos-colônias. Sobre a Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra e sua Federação, ver MIRANDA, Maria Augusta Tibiriçá. *Alice Tibiriçá: lutas e ideais*. Rio de Janeiro: PLG-Comunicação, 1980; e também CURI, Luciano Marcos. *op. cit.*, pp. 95-100.

¹⁵⁴ “Campanhas de Solidariedade”. *Fundo Pessoal de Heraclides César de Souza Araújo*. SA/PI/TP/19480506 – Pasta 04. COC/Fiocruz.

¹⁵⁵ *Apud* DINIZ, Orestes. “Profilaxia da lepra: evolução e aplicação no Brasil”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*, 1960:19 (1) 7-135, p. 76, principalmente nota 105.

¹⁵⁶ SOUZA-ARAÚJO, H. C. de. “Plano Geral da Campanha contra a lepra no Brasil”. *Revista Médico Cirúrgica do Brasil*, 1933:16 (11) 337-341.

¹⁵⁷ A comissão técnica, composta por nove membros, entre eles, os Diretores do DNSP e do Instituto Oswaldo Cruz, o Professor de Dermatologia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, o Presidente da Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra e um

custeio ininterrupto das organizações que fundasse. Embora a União estivesse representada nesta Conferência, e mesmo com a insistência dos especialistas, como Souza-Araújo, pouco se pôs em prática do que foi recomendado pela conferência para o controle da doença.¹⁵⁸

Em 1934, nos últimos dias do Governo Provisório, o ministro Washington Pires iniciou uma reforma nos serviços federais de saúde.¹⁵⁹ Nela, o Departamento Nacional de Saúde Pública foi extinto, sendo sucedido pela Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social (DNSAMS).¹⁶⁰ Essa diretoria tinha por finalidade a orientação, coordenação e fiscalização dos serviços de saúde pública e assistência médico-social executados tanto pela União como por esta em cooperação com outros poderes administrativos.¹⁶¹ A DNSAMS seria um órgão técnico que coordenaria as diretorias estaduais de saúde, de modo que as iniciativas da União não ficassem limitadas somente à capital federal.¹⁶²

O texto legislativo refletia a fase de transição pela qual passava o país. Por um lado manifestava as intenções do governo federal de intensificar sua participação e controle sobre os órgãos de saúde estaduais e municipais; por outro lado, indicava em vários trechos a necessidade de acordos com as autoridades municipais e estaduais para que esta participação fosse efetivada.¹⁶³ Esta reforma esboçava um movimento na direção de uma estrutura institucional centralizada. Deve ser considerado, portanto, como uma fase de transição entre o modelo de ação nacional

membro designado pela Academia Nacional de Medicina, reuniu-se de 28 a 30 de outubro, no Silogeu Nacional – prédio construído na praia da Lapa onde o governo propunha reunir várias instituições científicas culturais e que foi demolido para a construção do moderno edifício onde hoje funciona o Instituto Histórico e Geográfico do Brasil. O plano geral seria elaborado pela comissão relatora do Conselho Nacional de Profilaxia da Lepra, composta dos Professores Carlos Chagas, Eduardo Rabello e Raul de Almeida Magalhães. SOUZA-ARAÚJO, H. C. de. *Ibidem*

¹⁵⁸ “Comissão de Saúde – Seção de 11 de março de 1937”. GC h 1935.09.02. *Arquivo Gustavo Capanema*. CPDOC/FGV.

¹⁵⁹ BRASIL. Coleção de Leis, 1934, vol. 4, p. 1401. Decreto nº. 24.814, de 14 de julho de 1934.

¹⁶⁰ BRASIL, Coleção de Leis, 1934, vol. 3, pp. 647-649. Decreto nº. 24.438, de 21 de junho de 1934.

¹⁶¹ BRASIL, Coleção de Leis, 1934, vol. 3, pp. 647-649. Decreto nº. 24.438, de 21 de junho de 1934, art. 2º.

¹⁶² FONSECA, Cristina M. Oliveira, *op. cit.*, p. 123.

¹⁶³ FONSECA, Cristina M. Oliveira, *op. cit.*, p. 124.

de saúde até então vigente, respeitando as autonomias locais e aquele que seria construído na gestão de Capanema, mais centralizador e intervencionista¹⁶⁴.

A DNSAMS era composta de duas seções técnicas gerais – uma de Saúde Pública e outra de Assistência Médico-Social – que tinham por função a coordenação e sistematização dos serviços de saúde e assistência médico-social, bem como o estudo de problemas e a execução de serviços, tais como a prevenção de doenças transmissíveis, incluindo as endemias rurais, a lepra, as doenças venéreas e a tuberculose.¹⁶⁵ A execução desses serviços ficou a cargo dos seguintes órgãos: Diretoria de Defesa Internacional e da Capital da República, Diretoria dos Serviços Sanitários nos Estados, Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância, Diretoria de Assistência a Psicopatas e Profilaxia Mental e Diretoria de Assistência Hospitalar.¹⁶⁶

A reforma empreendida por Washington Pires, em 1934, pouco antes de deixar o cargo de Ministro da Educação e Saúde Pública, modificou também as estruturas de ação no combate à lepra. A IPLDV, criada em 1920, estava, até então, subordinada ao Departamento Nacional de Saúde Pública. Com a extinção deste departamento, em 1934, a Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, único órgão federal responsável pela coordenação do combate à lepra no país, também não resistiu à reforma.

Segundo o plano geral de organização dos novos serviços, expedido em 1934, até que os regulamentos das repartições criadas fossem aprovados, os serviços que faziam parte do extinto DNSP deveriam ficar “adstritos” aos novos.¹⁶⁷ Assim, a atividade da IPLDV ficou submetida à atuação da Diretoria da Defesa Sanitária

¹⁶⁴ FONSECA, Cristina M. Oliveira, *op. cit.*, p. 126.

¹⁶⁵ BRASIL, Coleção de Leis, 1934, vol. 3, pp. 647-649. Decreto nº. 24.438, de 21 de junho de 1934, art. 2º e 3º.

¹⁶⁶ BRASIL, Coleção de Leis, 1934, vol. 3, pp. 647-649. Decreto nº. 24.438, de 21 de junho de 1934, art. 7º.

¹⁶⁷ BRASIL. Coleção de Leis, 1934, vol. 4, p. 1401. Decreto nº. 24.814, de 14 de julho de 1934, art. 16.

Internacional e da Capital da República.¹⁶⁸ A falta de um regulamento para a Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social trouxe, a princípio, algumas dificuldades administrativas na nova estruturação, principalmente em relação às repartições novas que não tinham por onde se guiar e orientar.¹⁶⁹

Embora submetida, teoricamente, à Diretoria da Defesa Sanitária Internacional e da Capital da República, as ações e atribuições da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas foram distribuídas em dois novos órgãos. Na capital federal, os serviços de combate à lepra ficaram sob a responsabilidade da Inspetoria dos Centros de Saúde, que, juntamente com outras inspetorias, compunham a Diretoria de Defesa Sanitária Internacional e da Capital da República.¹⁷⁰ As demais ações contra a lepra voltaram à esfera de poder estadual, como era realizado durante a Primeira República. Estas ações seriam coordenadas pela Diretoria dos Serviços Sanitários nos Estados, nova denominação dada à Diretoria de Saneamento Rural após a reforma de 1934. A Diretoria dos Serviços Sanitários nos Estados tinha a seu cargo, entre outras coisas, a direção e a execução de providências de natureza preventiva ou de assistência de forma a restringir nos estados a difusão e o contágio da lepra e a proporcionar condições favoráveis ao isolamento dos leprosos.¹⁷¹

Dessa forma, pode-se observar que a reforma empreendida em 1934 determinou, no caso da lepra, uma pulverização das atividades de combate a essa endemia, que acabaram sendo transferidas para os estados. Assim, as ações referentes ao mal de Hansen perdiam a uniformidade e tendiam a enfraquecer diante da intensa burocratização da estrutura administrativa do Governo Vargas.

¹⁶⁸ BRASIL. Coleção de Leis, 1934, vol. 4, p. 1401. Decreto nº. 24.814, de 14 de julho de 1934, artigo 16, alínea b. A Diretoria da Defesa Sanitária Internacional e da Capital da República era a nova denominação para a antiga Diretoria da Defesa Sanitária Marítima e Fluvial, anexada à Diretoria dos Serviços Sanitários do Distrito Federal.

¹⁶⁹ “Estudo enviado a Gustavo Capanema contendo dados sobre as atividades dos órgãos de direção de saúde pública no Brasil de 1521 a 1935”. GC pi Parreiras, D. 1936.09.06 *Arquivo Gustavo Capanema*. CPDOC/FGV. Até esse momento, ainda não tinha sido aprovado um novo regulamento sanitário que substituísse aquele de 1923.

¹⁷⁰ BRASIL. Coleção de Leis, 1934, vol. 4, p. 1401. Decreto nº. 24.814, de 14 de julho de 1934, artigos 8 e 16, alínea b.

¹⁷¹ BRASIL. Coleção de Leis, 1934, vol. 4, p. 1401. Decreto nº. 24.814, de 14 de julho de 1934, artigos 9 e 17.

A construção institucional da saúde pública acompanhou as oscilações políticas do período. Durante o Governo Provisório ocorreram sucessivas mudanças no comando do Ministério da Educação e Saúde Pública. Em seus quatro primeiros anos de existência, o Mesp teve à frente três ministros: Francisco Campos (1930-1932), Belisário Penna (interinamente em dois períodos: Set-Dez/1931; Dez/1932-Jan/1933) e Washington Pires (1932-1934).¹⁷² A estabilidade só foi possível em 1934, quando Gustavo Capanema assumiu o ministério, permanecendo no cargo até o final do Governo Vargas, em 1945. O processo de consolidação da estrutura administrativa para a saúde pública foi inaugurado nesse período, perdurando, com poucas alterações, até a criação do Ministério da Saúde, em 1953.¹⁷³

2.4.1 – O Plano Nacional de Combate à lepra

Ao iniciar a sua gestão, Capanema verificou a necessidade de reorganizar os serviços de educação e saúde. Era preciso melhorar os serviços federais de saúde, dando-lhes um formato mais coordenado e uniformizado.¹⁷⁴ Diagnosticou, ainda que o problema da lepra não estava sendo cuidado da forma que os especialistas recomendavam e não existia um aparelhamento necessário para o combate ao mal e nem mesmo uma organização administrativa apropriada.¹⁷⁵

¹⁷² Cf. HOCHMAN, Gilberto e FONSECA, Cristina. “A I Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo” In: GOMES, Angela de Castro (org). *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: FGV, 2000, pp. 173-193.

¹⁷³ BRASIL, Diário Oficial da União, 29 de julho de 1953, p. 13193. Lei nº. 1.920, de 25 de julho de 1953.

¹⁷⁴ A reforma que Capanema pretendia para o Mesp só foi realizada em 1937, quando, aliás, o Ministério passou a ser denominado como Ministério da Educação e Saúde. Cf. BRASIL, Diário Oficial da União, 15 de janeiro de 1937, p. 1210. Lei nº. 378, de 13 de janeiro de 1937.

¹⁷⁵ GC h 1935.09.02. *Arquivo Gustavo Capanema*.CPDOC/FGV.

Os leprosários existentes – cerca de 20 unidades¹⁷⁶, incluindo os pequenos asilos, geralmente destinados aos inválidos – eram reduzidos diante da imensa massa de doentes: o cálculo realizado no ano seguinte foi de 30.647 doentes, segundo estimativas oficiais.¹⁷⁷ Além disso, já não existia um órgão federal específico na estrutura administrativa para cuidar do problema – que era a IPLDV, desmembrada na reforma de 1934 –, nem mesmo um plano de ação, que permitisse uma atuação governamental mais direta e específica.

Diante desse quadro, viu-se a necessidade de elaborar um plano de âmbito nacional para o enfrentamento da doença. Para tanto, Gustavo Capanema sugeriu, em 1935, que o Diretor da Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, João de Barros Barreto, formulasse um plano para o controle da doença no país.¹⁷⁸ Dessa forma pretendia restabelecer uma centralidade para a lepra que foi perdida com a reforma anterior. Em colaboração com Ernani Agrícola e Joaquim Motta, respectivamente Diretor dos Serviços Sanitários nos Estados e Assistente da Seção Técnica Geral de Saúde Pública, Barros Barreto elaborou um plano de âmbito nacional para enfrentar a doença, numa tentativa de retomar o combate à lepra para a alçada federal.¹⁷⁹

O plano nacional de combate à lepra foi iniciado ainda em 1935, e apesar da orientação ser federal, deveria ser introduzido em cooperação com os estados, por meio de acordos com a União. Esse plano visava, inicialmente, à construção de leprosários em quase todos os estados. Do ponto de vista profilático, o problema da

¹⁷⁶ Até 1934, estes eram os leprosários existentes: Leprosário Souza-Araújo, no Acre; Leprosário de Paricatuba (ou Belisário Penna) no Amazonas; Hospital Dom Rodrigo de Menezes, na Bahia; Leprosário Antônio Diogo, no Ceará; Hospital dos Lázaros de Sábara e Colônia Santa Isabel, em Minas Gerais; Asilo São João dos Lázaros, em Mato Grosso; Lazarópolis do Prata, no Pará; Hospital dos Lázaros de Recife, em Pernambuco; Leprosário São Roque, no Paraná; Hospital dos Lázaros Frei Antônio e Hospital de Curupaiti, no Rio de Janeiro; Hospital São Francisco de Assis, no Rio Grande do Norte; Hospital dos Lázaros de Piracibaba (ou Santo Angelo), Sanatório Padre Bento, Asilo-Colônia Pirapitingui, Asilo Aimorés e Asilo Cocais, em São Paulo. Cf. GC h 1935.09.02. *Arquivo Gustavo Capanema*.CPDOC/FGV.

¹⁷⁷ BARRETO, João de Barros “Problemas Nacionais: I – Lepra”. *Arquivos de Higiene*, 1935:5 (1) 119-130.

¹⁷⁸ BARRETO, João de Barros “Problemas Nacionais: I – Lepra”. *Arquivos de Higiene*, 1935:5 (1) 119-130.

¹⁷⁹ BARRETO, João de Barros. “Organização moderna da luta contra a lepra: A campanha no Brasil.” *Arquivos de Higiene*, 1938:8 (2) 245-261.

lepra só poderia ser solucionado ao enquadrá-lo na órbita de ação destes estabelecimentos. Nesse momento, a terapêutica estava ainda baseada no óleo de chaulmoogra, mas o seu uso não permitia curar os pacientes, a não ser em casos esparsos, sem expressão estatística.¹⁸⁰ Além disso, o poder de contágio da doença reforçava a necessidade da separação dos doentes dos não-doentes.

Com o início do plano elaborado para o combate da lepra, permitiu-se o isolamento compulsório dos doentes, determinado há mais de uma década pela legislação, fosse finalmente executada em todo o território nacional. A partir desse momento verifica-se a construção de um grande número de leprosários, dispensários e preventórios, que constituíam o armamento contra a lepra conhecido como “tripé”¹⁸¹, que esteve ativo até a década de 1960.

O plano nacional de combate à lepra não foi consolidado em uma lei ou em um decreto. Nem mesmo chegou a ser totalmente divulgado em uma exposição escrita ou um regulamento formal. Segundo Capanema, esse plano não se resumia unicamente na construção, ampliação e manutenção de leprosários – o chamado “plano de construções”.¹⁸² Embora essa preocupação fosse real, o plano nacional de combate à lepra abrangia ainda outras questões, como a pesquisa¹⁸³, o censo leproológico, a legislação e a administração.

O item definido pelo ministro como *pesquisa* tratava de todo o conjunto de trabalhos realizados a fim de estudar o problema do mal de Hansen no país. Acreditava-se que a partir de uma observação meticulosa da epidemiologia da doença seria possível chegar a conclusões quanto à profilaxia e terapêutica adequadas à moléstia. No projeto de reforma do ministério, enviado à Câmara dos

¹⁸⁰ DINIZ, Orestes. *Op. cit.* p. 76

¹⁸¹ O tripé era um modelo de tratamento baseado em três funções tidas como essenciais para o controle da endemia: o isolamento dos doentes, o controle dos comunicantes e a separação dos filhos sadios. Cada função tinha uma instituição correspondente: Leprosários, Dispensários e Preventórios, respectivamente.

¹⁸² Essa denominação foi utilizada por Barros Barreto quando da descrição do plano que havia elaborado juntamente com Ernani Agrícola e Joaquim Motta. Cf. BARRETO, João de Barros. “Problemas Nacionais: I – Lepra”. *Arquivos de Higiene*, 1935:5 (1) pp. 119-130.

¹⁸³ O Centro Internacional de Leprologia – objeto desta tese – constituía a parte referente à pesquisa neste plano nacional de combate à lepra.

Deputados, em 1935, o governo propôs a criação do Instituto Nacional de Saúde Pública, em cuja estrutura deveria constar, necessariamente, uma secção de leprologia destinada à pesquisa do problema da lepra em todo o país.¹⁸⁴ Esse instituto foi criado com a reforma de 1937, mas nunca saiu do papel, e teria o objetivo de realizar estudos sobre os assuntos da saúde.¹⁸⁵ Não obstante os esforços para a criação do CIL fossem anteriores a qualquer projeto federal desenvolvido para impulsionar a pesquisa leproológica no Brasil, devemos salientar que o funcionamento do CIL a partir de 1934 veio dar início aos de esforços voltados para a lepra no que concerne ao seu estudo. A instituição voltada para a pesquisa leproológica foi criada pelo governo federal juntamente com a Liga das Nações, entrando em funcionamento no ano de 1934.¹⁸⁶ Nesse sentido, Capanema acreditava que o governo federal cumpria uma parte do programa de combate à doença, ou seja, a pesquisa sob todos os aspectos, com a finalidade de descobrir as modalidades da moléstia, as formas de contágio, os veículos de transmissão e os processos de cura.

Mesmo incentivando a pesquisa específica sobre a lepra, a necessidade de estabelecimentos especiais voltados para o controle da endemia tornou-se o elemento mais importante para o projeto de controle da lepra. Referente às obras de construção e manutenção de leprosários, o chamado “plano de construções” – única parte do plano geral que parece ter sido publicado – pretendia dotar todo o país com instituições deste tipo, tidas como fundamentais para o controle da doença e, com isso, permitir que o isolamento dos doentes pudesse ser praticado.¹⁸⁷ Os estados que recebessem o auxílio federal para a construção de leprosários deveriam ceder o terreno para a construção dos mesmos, além de contribuir com a metade das despesas

¹⁸⁴ Informação contida na exposição de Eunice Weaver. “*Homenagem ao Ministro Gustavo Capanema*”. GC j 1946.01.19. *Arquivo Gustavo Capanema*. CPDOC/FGV.

¹⁸⁵ BRASIL, Diário Oficial da União, 15 de janeiro de 1937, p. 1210. Lei nº. 378, de 13 de janeiro de 1937, art. 52.

¹⁸⁶ BRASIL, Coleção de Leis, 1933, vol. 4, p. 688. Decreto nº. 23.658, de 28 de dezembro de 1933, concedendo crédito especial para a instalação e custeio do Centro Internacional de Estudos sobre a Lepra a funcionar na Capital Federal, sob os auspícios da Liga das Nações.

¹⁸⁷ O plano de construções foi publicado nos Arquivos de Higiene – publicação oficial da Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico Social –, no ano de 1935. Um ano depois sofreu uma renovação, de acordo com as novas exigências nacionais e as dificuldades financeiras em executar o plano tal como tivera sido idealizado. Vide BARRETO, João de Barros “Problemas Nacionais: I – Lepra”. *Arquivos de Higiene*, 1935:5 (1) 119-130 e *Idem*, 1937:7 (1) 131-146.

calculadas para a manutenção dos doentes internados. Além disso, era primordial que esses estados adotassem a legislação federal sobre a lepra em seus territórios, através dos acordos com a União.

O plano de construções foi organizado tendo como base dados estatísticos, levando-se em conta o censo aproximado de leprosos e a predominância das formas clínicas.¹⁸⁸ Em 1935, a estimativa da população brasileira era de aproximadamente 41,5 milhões de habitantes¹⁸⁹ e o censo leproológico oficial apontava para um total de mais de 30 mil doentes. Esse total evidenciou a necessidade de um combate mais sistemático, assim como apontou a falta de hospitais especializados para o recolhimento dos leprosos. Os estudos concluíram que seriam necessários cerca de 38 leprosários, com 22.486 leitos, de forma a permitir que a aplicação da legislação fosse efetivada, isolando os doentes das formas contagiantes e também os mendigos, indigentes e os mutilados pelo avanço da doença.¹⁹⁰ De acordo com o plano de construções, a realização desse empreendimento levaria três anos para ser concluída. Os gastos anuais estabelecidos estavam em torno de 11 mil contos de réis, baseando-se nos custos de construções idênticas no próprio Estado ou outros vizinhos.

O plano de combate à lepra foi adotado pelo governo federal a partir de 1936. Ao final desse primeiro ano, de acordo com o plano de construções, a meta estabelecida não foi cumprida. As dificuldades financeiras impediram o emprego do valor total estipulado – cerca de \$11.500 contos. Pouco mais de \$4.500 contos foram destinados pela União para a construção dos estabelecimentos projetados.

Para o ano de 1937, o governo federal destinou ao plano de construções um total de \$10.000 contos. Essa quantia permitiu uma maior atuação federal em relação ao problema da lepra. Foram contemplados 19 estados e o Distrito Federal, o que garantiu a construção e a instalação de sete leprosários unicamente com verbas da União e ainda três outros com verbas da União e dos respectivos estados. Foram

¹⁸⁸ BARRETO, João de Barros. “Problemas Nacionais: I – Lepra”. *Arquivos de Higiene*, 1935:5 (1) 119-130.

¹⁸⁹ Sobre as estatísticas do século XX, ver http://www.ibge.gov.br/seculoxx/arquivos_pdf/populacao/1936/populacao1936aeb_01.pdf

¹⁹⁰ BARRETO, João de Barros. “Problemas Nacionais: I – Lepra”. *Arquivos de Higiene*, 1935:5 (1) 119-130.

inaugurados o leprosário do Bonfim, no Maranhão, e a Colônia de Itanhenga, no Espírito Santo.¹⁹¹

Em 1938, último ano previsto para o plano de construções original, o governo federal destinou uma verba de montante igual ao do ano anterior. Obtiveram o benefício todos os estados do Brasil, incluindo o Território do Acre e o Distrito Federal. Neste ano foi instalada a Colônia do Iguá, no município de Itaboraí, Estado do Rio de Janeiro. Sua localização despertou críticas quanto aos critérios científicos – devido à localização distante das cidades, de fontes naturais de água, entre outros parâmetros – que norteavam a escolha dos lugares destinados a essas construções.¹⁹²

Ao final do período previsto, alguns leprosários foram edificados pelo país; outros foram auxiliados financeiramente para garantir seu funcionamento. A partir da execução do plano nacional de combate à lepra – em especial o “plano de construções” – foi possível pôr em prática o isolamento obrigatório dos doentes. O investimento de capital para a construção de leprosários, crescente a cada ano, possibilitou que um grande número de doentes fossem internados. Essa política, mesmo com os altos custos que implicava, tornou-se o modelo central na profilaxia da doença a partir da segunda metade da década de 1930.

Na década de 1940, o Serviço Nacional de Lepra, criado em 1941, passou a orientar a campanha no país. Neste momento, existiam mais de 30 leprosários no país, somando um total de mais de 15 mil doentes internados. As diretrizes dessa campanha foram firmadas na I Conferência Nacional de Saúde, em cujos temas centrais a lepra esteve presente. O que foi definido para o combate à lepra na década de 1940 não substituiu o plano elaborado em 1935, mas acrescentou as definições de competências dos três níveis de poder. Assim, a luta contra essa endemia continuou

¹⁹¹ “Ao ser inaugurado o leprosário de Itanhenga, no Espírito Santo, a 11 de abril de 1937, o Dr. Ministro Gustavo Capanema pronunciou um discurso em que analisa as iniciativas do governo federal em face da lepra.” GC h 1935.09.02. *Arquivo Gustavo Capanema*.CPDOC/FGV.

¹⁹² Sobre a escolha do terreno para a construção da colônia do Iguá, e principalmente sobre quais serviços deveriam conter nesses estabelecimentos, ver PARREIRAS, Décio. “Anotações acerca do isolamento nosocomial na lepra. A Colônia do Iguá (Estado do Rio)”. *Arquivos de Higiene*, 1937:7 (1) 99-108.

apoiada no “tripé” profilático, pelo menos até o limiar da década de 1960, quando o isolacionismo entra em crise.¹⁹³

2.5. – O problema da lepra nos encontros científicos nacionais e internacionais

A percepção da lepra como um problema que dependia da atuação conjunta e ininterrupta dos serviços de saúde federais, deveria ser baseada numa compreensão bem estabelecida e uniforme sobre a doença. Um dos espaços de discussão que mais ajudaram a concretização desse objetivo foram os encontros científicos nacionais ou internacionais, específicos ou não do tema da lepra.

É preciso levar em consideração que até a década de 1940, a comunidade científica ainda não havia definido um medicamento capaz de curar clinicamente o doente de lepra. O uso sistemático do óleo de chaulmoogra em suas diferentes fórmulas pelos médicos não determinava, por si só, que este medicamento tido como específico, fosse de fato eficaz. Sua ação científica não era comprovada e as estatísticas da cura obtida através de seu uso eram expressivamente pequenas. Diante disso, e mesmo com a pesquisa laboratorial sendo incentivada, o tema que mais se discutiu nos encontros científicos era a questão do isolamento dos doentes – nesse momento entendida como a “mais importante arma de combate de lepra”, tendo em vista ser a doença contagiosa.¹⁹⁴ As idéias apresentadas nas três primeiras conferências internacionais de leprologia influenciaram a política de saúde pública

¹⁹³ O VII Congresso Internacional de Leprologia, realizado em Tóquio, no ano de 1958, recomendou o fim do isolamento compulsório para os doentes de lepra. No ano seguinte, o governo JK instituiu a Campanha Nacional Contra a Lepra, mas, mesmo assim, foi somente em 1962 que a compulsoriedade do isolamento deixou de ser uma medida oficial no Brasil. Cf. BRASIL, Diário Oficial da União, 09 de maio de 1962, p. 51134. Decreto nº. 968, de 07 de maio de 1962.

¹⁹⁴ AGRÍCOLA, Ernani. “O isolamento na profilaxia da lepra” *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*, 1958: março (1) 18-25.

realizada no Brasil, determinando, inclusive a elaboração de uma legislação específica para a profilaxia da lepra que vigorou durante a existência da IPLDV.¹⁹⁵

Desde a I Conferência Internacional de Leprologia, realizada em outubro de 1897, na cidade de Berlim, o isolamento de todos os leprosos foi considerado como indispensável ao controle da doença.¹⁹⁶ Esta medida foi proposta por Gerhard Hansen – o mesmo que visualizou o bacilo da doença mais de duas décadas antes – e constituiu a primeira proposição médica para o cuidado com os doentes, já que não se sabia, ainda, como se dava sua transmissão. A doença foi considerada incurável e causadora de importantes danos pessoais e sociais. Diante dessas características, o isolamento foi considerado a melhor maneira de impedir a propagação do mal. A conferência indicava, ainda, que deveriam ser executados a notificação compulsória, a vigilância e o isolamento “*tais como se os praticam na Noruega*”. A prática que se seguia na Noruega desde 1885, indicava como profilaxia da lepra o isolamento tanto em domicílios quanto em leprosários. Aos leprosos que tivessem recursos para se manter, as autoridades podiam permitir que vivessem em seus domicílios, apenas afastados de seus familiares e de suas relações, tendo ao menos um leito ou um quarto separado e os utensílios de mesa, de banho e de cama, além das roupas, que deveriam ser lavados e mantidos separadamente dos demais. Os doentes indigentes e os que não pudessem manter os custos desse tipo de isolamento seriam transferidos para uma leprosaria.

A II Conferência Internacional de Lepra, realizada em Bergen, na Noruega, em agosto de 1909, voltou atrás quanto a incurabilidade da lepra. Quanto ao isolamento, essa conferência manteve o que foi resolvido pela Primeira, incluindo as seguintes conclusões: que os países que tivessem casos de lepra procedessem ao isolamento, tanto o hospitalar, quanto aquele realizado em domicílio. Os indigentes, mendigos ou aqueles que não tivessem domicílio fixo, deveriam ser todos isolados em leprosários. Recomendou-se também a separação imediata dos filhos sadios de pais leprosos, logo ao nascer. A conferência estendeu aos parentes a atuação da

¹⁹⁵ Referimo-nos ao código sanitário de 1923, BRASIL, Coleção de Leis, 1923, vol. 3, p. 581. Decreto nº. 16.300, de 31 de dezembro de 1923.

¹⁹⁶ *Apud* SOUZA-ARAÚJO, *História da Lepra no Brasil. Período Republicano (1890-1952)*. Volume III, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1956, p. 272.

profilaxia, estabelecendo exames periódicos a toda a família do doente, assim como aos comunicantes. Determinadas atividades profissionais também eram proibidas de serem desempenhadas pelos doentes.¹⁹⁷

Realizou-se, no Rio de Janeiro, de 08 a 14 de outubro de 1922, a I Conferência Americana da Lepra. No programa constavam os temas a serem tratados, que abrangia quase toda a leprologia: frequência da lepra nos países americanos; medidas profiláticas aconselhadas para cada país; profilaxia internacional americana da lepra; métodos de tratamento e seu valor do ponto de vista profilático; e, por fim, comunicações sobre assuntos que interessassem à epidemiologia, diagnóstico, tratamento e profilaxia da lepra.¹⁹⁸

Na sessão inaugural, aberta com o discurso de Carlos Chagas, então diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, a lepra foi caracterizada como um problema de higiene pública, cuja solução seria de interesse científico internacional.¹⁹⁹ É importante ressaltar que Chagas acabara de ser convidado para participar como membro do Comitê de Higiene da Liga das Nações. Segundo Chagas, as medidas adotadas na Noruega eram exemplos de que seria possível acreditar em uma campanha bem sucedida contra a lepra. Suas complexidades, ou seja, seu desconhecido modo de transmissão e suas escassas possibilidades de cura, não impediam que se aplicassem medidas de controle ao leproso, que se sabia ser o disseminador da doença.²⁰⁰ E o Brasil, em particular, já contava com uma legislação sanitária que impunha o isolamento dos doentes, desde 1920, como forma de conter a doença.

Dentre as recomendações desta Conferência Americana da Lepra, ficou clara a urgência em se cuidar do problema da lepra. Cada país deveria organizar uma

¹⁹⁷ *Ibidem.*, pp. 265-271.

¹⁹⁸ Segundo Souza-Araújo, os Anais desse congresso nunca foram publicados porque a cópia de todos os trabalhos teria sido esquecida em um táxi pelo professor Oscar da Silva Araújo. *Apud* SOUZA-ARAÚJO, H. C. de, *História da Lepra no Brasil. Período Republicano (1890-1952)*. Volume III, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1956, p. 365.

¹⁹⁹ CHAGAS, Carlos. “Primeira Conferência Americana de Lepra. Discurso pronunciado pelo Diretor Geral da Saúde Pública na sessão inaugural da Conferência em 8-10-1922”. *Arquivos Brasileiros de Medicina*, 1922:12 (11) 898-924.

²⁰⁰ *Ibidem.*

assistência médico-social para seus doentes, além de um organismo técnico, destinado a promover estudos científicos da doença, uma legislação específica, constituindo estes em seus elementos de ação.²⁰¹ Como conclusões técnicas, determinou-se a necessidade dos censos leproológicos amplos e seguros como medida indispensável a qualquer campanha contra a lepra, que no Brasil só foram realizados com rigor a partir da criação do Serviço Nacional de Lepra, em 1941. As colônias para leprosos foram recomendadas como elemento decisivo para a campanha, desde que as exigências relativas ao bem estar físico e moral dos doentes fossem atendidas. Além do isolamento em colônias, as administrações sanitárias poderiam consentir a realização dessa prática em domicílio, desde que as providências sanitárias impostas pudessem ser fielmente executadas.

Como tratamento utilizado nos pacientes isolados em colônias ou em domicílio, a conferência recomendou o uso dos éteres etílicos do óleo de chaulmoogra, mas sem considerá-lo como um método terapêutico definitivo, indicando inclusive a necessidade de estudos com a finalidade de obter um agente medicamentoso de pronta ação na cura da lepra. Definiu que a organização de um plano uniforme, centralizado pelo governo federal, era de absoluta urgência para o combate à lepra nos países, assim como a necessidade de uma legislação sanitária relativa ao assunto e que fosse aplicada em todo o território, independente das disposições constitucionais do país. O ensino da lepra também foi indicado como importante tema que deveria estar presente nas escolas médicas desses países de forma obrigatória aos estudantes de medicina e de caráter essencialmente prático.²⁰²

A III Conferência Internacional de Lepra, realizada em Estrasburgo, na França, de 28 a 31 de julho de 1923, contou com a presença de Eduardo Rabello, então Inspetor de Profilaxia da Lepra, como delegado do Brasil.²⁰³ Alguns

²⁰¹ “Conclusões da 1ª Conferência Panamericana de Lepra realizada no Rio de Janeiro, em 1922”. *Arquivos Mineiros De Leprologia* 1946:6 (4) 195-197.

²⁰² “Conclusões da 1ª Conferência Panamericana de Lepra realizada no Rio de Janeiro, em 1922”. *Arquivos Mineiros De Leprologia* 1946:6 (4) 195-197.

²⁰³ MACIEL, Laurinda Rosa, *op. cit.*, pp. 208-212.

trabalhos²⁰⁴ explicitavam o que se fazia no país em relação à lepra, assim como as estatísticas, tratamentos realizados no Brasil, as medidas de profilaxia adotadas a partir da criação de um serviço especializado para o combate à lepra e de suas providências principais, como a notificação dos casos, o isolamento obrigatório em colônias e em domicílio, além de medidas contra os mosquitos²⁰⁵.

Notadamente um espaço de discussão do problema da lepra de âmbito internacional, a III Conferência Internacional de Lepra indicou a necessidade do estabelecimento de leis que efetivamente pudessem ser postas em prática visando o tratamento profilático do maior número possível de doentes. As medidas sugeridas foram as mesmas adotadas pela Noruega, ou seja, o isolamento hospitalar e o domiciliar, onde fosse possível aplicá-lo. Os indigentes, mendigos ou aqueles que não tivessem domicílio fixo, deveriam ser todos isolados em leprosários. Recomendou-se, também, a separação imediata dos filhos sadios de pais leproso. A conferência estendeu aos parentes a atuação da profilaxia, estabelecendo exames periódicos a toda a família do doente, assim como a proibição de certas atividades profissionais aos doentes. Indicou também a necessidade de uma propaganda e educação sanitária voltadas para a população no intuito de divulgar a contagiosidade da lepra e seus perigos.²⁰⁶

No Brasil, os Congressos de Higiene ocorridos durante a década de 1920 também constituíram um espaço para se debater o problema da lepra no país. A legislação sanitária federal e sua atuação frente às recomendações internacionais foi o tema apresentado sobre lepra no I Congresso Brasileiro de Higiene, realizado em

²⁰⁴ RABELLO, Eduardo e AZEVEDO, S. de Barros. “Note sur la statistique de la lèpre au Brésil” In: E. Marchoux. *III Conférence Internationale de la Lèpre*. Strasburg 28 au 31 Juillet 1923. Communications et Débats, Librairie J. B. Bailliére et Fils, Paris, 1924, pp. 89-90; RABELLO, Eduardo e VERNET, Isaac. “Note sur le traitement de la lèpre” *Ibidem*, pp. 305-314; e RABELLO, Eduardo e MOTTA, Joaquim. “Mesures de prophylaxie contre la lèpre au Brésil”. *Ibidem*, pp. 395-373 e 471-483.

²⁰⁵ Sobre a controversa transmissão da lepra pelos mosquitos, ver BENCHIMOL, Jaime L. e ROMERO SÁ, *op. cit.*

²⁰⁶ As conclusões da III Conferência Internacional de Lepra foram publicadas no trabalho apresentado por Rabello no I Congresso Brasileiro de Higiene, ocorrido alguns meses depois. RABELLO, Eduardo. “Profilaxia da lepra, do câncer e das doenças venéreas”. In: *Primeiro Congresso Brasileiro de Higiene*. Rio de Janeiro, 1923 (2) 216-224. Rabello indica inclusive que as resoluções da III Conferência já se encontram estabelecidas no regulamento sanitário federal, em vigor desde 1920, citando os artigos onde aparecem.

1923.²⁰⁷ Eduardo Rabello expôs as conclusões das três conferências internacionais realizadas até aquele momento, indicando que a legislação brasileira estava de acordo com as suas recomendações.

As críticas e apoios à legislação sanitária federal, principalmente em relação ao isolamento domiciliar foi o tema apresentado ao II Congresso Brasileiro de Higiene, em 1924, por Antonio Aleixo.²⁰⁸ O III Congresso, realizado em 1926, explorou mais o tema da lepra com trabalhos sobre a educação sanitária, epidemiologia e profilaxia nos estados.²⁰⁹ No V Congresso Brasileiro de Higiene, em 1929, foi avaliada a organização da luta contra a lepra no país.²¹⁰

Diante das recomendações de todos esses encontros científicos, podemos verificar que, durante as décadas de 1920 e 1930, o Brasil se enquadrava ao que foi definido internacionalmente como uma luta eficaz contra a lepra. Já indicava o isolamento dos doentes em colônias, permitindo o domiciliar, como forma de conter o avanço da doença, além de possuir uma legislação específica que incluía a criação de um órgão federal de coordenação da luta contra a lepra no país. A atuação da Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas foi avaliada, criticada e apoiada em vários trabalhos apresentados nesses encontros científicos. A luta contra a lepra foi sendo construída ao longo dos anos 1920, com a contribuição dos estudos efetuados em relação à terapêutica e a profilaxia da doença. A década de 1920 constituiu, assim, um campo de discussões em que essas questões, primordiais a uma luta eficaz contra a lepra, fossem definidas frente aos novos conhecimentos.

Esses espaços de discussão sobre a lepra ajudam a compreender o quanto essa doença era um problema que necessitava de atenção urgente tanto da comunidade nacional quanto em outros países pelo mundo. No campo internacional, a realização das Conferências Internacionais de Leprologia consolidou não só um *locus* de

²⁰⁷ RABELLO, Eduardo. “Profilaxia da lepra, do câncer e das doenças venéreas”. In: *Primeiro Congresso Brasileiro de Higiene*. Rio de Janeiro, 1923 (2) pp. 216-224.

²⁰⁸ ALEIXO, Antônio. “O isolamento domiciliar e a vigilância sanitária na luta contra a lepra”. *Anais do II Congresso Brasileiro de Higiene*, realizado em Belo Horizonte, em dezembro de 1924. Tipografia Pimenta de Mello & Cia. 1924 (1) 217

²⁰⁹ *Anais do III Congresso Brasileiro de Higiene*, São Paulo, 1926.

²¹⁰ *Anais do V Congresso Brasileiro de Higiene*, Recife, 1929. O IV Congresso Brasileiro de Higiene realizado em Salvador, em 1928, não teve o tema da lepra entre os trabalhos apresentados.

discussão da doença, mas também um espaço para definir a lepra entre as doenças que mereceriam a atenção de organismos de cooperação internacional.

2.6. – O Contexto internacional: um contraponto com as ações no Japão

A preocupação com a lepra não era um fato isolado no Brasil. Em muitas outras regiões e países, essa doença constituía um dos graves problemas sanitários que os respectivos governos deveriam enfrentar. Alguns importantes focos tiveram início na Europa, como é o caso da Noruega.²¹¹ A atuação contra a doença nesse país remonta à segunda metade do século XIX, em especial após a definição, pelo médico e botânico norueguês Gehard Henrik Armauer Hansen, do bacilo causador da doença, o *Mycobacterium leprae*, em 1874. As autoridades norueguesas combateram a lepra utilizando o isolamento como a principal arma profilática. Suas campanhas sempre foram noticiadas com sucesso, tornando-se um exemplo para aqueles leprologistas que defendiam a utilização do isolamento compulsório dos doentes como meio para se conter o avanço da doença.

No Brasil, as ações específicas para o combate à lepra tiveram um maior alcance a partir da década de 1920. Na América Latina, a Colômbia era outro país assolado pela doença, que começou suas ações contra a doença ainda no século XIX. Segundo Diana Obregón, em 1870 as primeiras cidades-lazareto já haviam sido fundadas, auxiliadas pelo governo e, principalmente, pela filantropia local.²¹² Lá as estatísticas eram aterrorizantes, resultado da chamada “retórica do exagero” – uma estratégia comum entre os médicos que consistia em superestimar os perigos da lepra, aumentando os números da doença, de modo que sua medicalização fosse

²¹¹ A Noruega é um dos exemplos mais frequentemente citados em trabalhos acadêmicos que pretendem historicizar a prática do isolamento dos doentes como medida profilática. Dessa maneira, não pretendo me aprofundar nesse assunto.

²¹² OBREGÓN, Diana. “The anti-leprosy campaign in Colombia: the rhetoric of hygiene and science, 1920-1940”. *História, Ciência, Saúde - Manguinhos* 2003:10 (supplement 1) 179-207.

aceita pela sociedade.²¹³ Segundo Obregón, percebemos que as ações realizadas na Colômbia para conter a doença aproximavam-se daquelas realizadas no Brasil.²¹⁴ Contatos científicos entre pesquisadores de ambos os países também foram responsáveis pela composição de políticas sanitárias voltadas para o controle de tal epidemia.²¹⁵ A Colômbia e o Brasil são exemplos de países onde o combate à lepra misturou discurso nacionalista, doença e construção simbólica da nação.

Para exemplificar as ações empreendidas “do outro lado do mundo”, escolhemos o Japão para realizar estes contrapontos. Pela distância geográfica e cultural, certamente tenderíamos a crer que as contraposições entre Brasil e Japão teriam mais pontos divergentes do que convergentes. Mas com a pesquisa compreendemos que não foi bem assim.²¹⁶ Percebemos que foram reduzidos os pontos de contato, mas, coincidentemente ou não, traçamos histórias muito próximas no que se refere à atuação governamental para o combate à lepra, assim como a participação em um fórum internacional preocupado com o avanço dessa epidemia. A começar pela “retórica do exagero” que Obregón indicou ocorrer na Colômbia: tanto o Brasil, como também o Japão, sofreram com o recurso de linguagem, que exacerbavam os dados estatísticos para que estes países fossem vistos como *países leprosos*.²¹⁷

Os primeiros debates acerca da necessidade de controlar o avanço da doença no Japão parecem ter sido influenciados pela realização da I Conferência

²¹³ Cf. OBREGÓN TORRES, Diana. *Batallas contra la lepra: estado, medicina y ciencia en Colombia*. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT, 2002, p. 180-184.

²¹⁴ OBREGÓN TORRES, Diana. *Batallas contra la lepra: estado, medicina y ciencia en Colombia*. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT, 2002.

²¹⁵ A troca de correspondências entre pesquisadores colombianos – como Arturo Robledo – e o leprologista brasileiro Souza-Araújo, exemplificam esta troca de informações sobre o que era realizado em ambos os países. Ainda nesta correspondência, verificamos também o interesse colombiano pelos ésteres do óleo de Chaulmoogra preparados pelo Centro Internacional de Leprologia. Cf. Correspondência de Arturo Robledo (de Bogotá, Colômbia) recebida por Souza Araújo, com data de 23 de junho de 1939. Fundo Instituto Oswaldo Cruz, Seção Departamento de Medicina Tropical, Subseção Laboratório de Hanseníase, Caixa 46, maço 1. DAD/COC/Fiocruz.

²¹⁶ ANDRADE, Marcio Magalhães e CUNHA, Vívian da Silva. “Ações e contradições: Japão e Brasil na internacionalização do combate à lepra.” In: *Cerejeiras e Cafezais: relações médico-científicas entre Brasil e Japão e a saga de Hideyo Noguchi*. Jaime Benchimol, Magali Romero Sá e Kaori Kodama (orgs). Rio de Janeiro: Bom Texto Editora, 2009, p. 115-145.

²¹⁷ *Apud*: SOUZA-ARAÚJO, *História da Lepra no Brasil. Período Republicano (1890-1952)*. Volume III, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1956, p. 177.

Internacional de Leprologia. A recomendação para que as nações adotassem um sistema compulsório de isolamento dos doentes motivou o país a adotar essa política, na tentativa de controlar a doença, que, segundo estimativas oficiais, divulgadas pelo Ministério do Interior, atingia 23 mil japoneses em 1897, e 30 mil em 1900. Em 1905, as estatísticas oficiais já calculavam um total de 40 mil leprosos.²¹⁸ Esses dados alarmantes não poderiam ser considerados confiáveis. Além da própria imprecisão dos dados estatísticos, em muitos lugares os médicos e autoridades se utilizavam frequentemente desse discurso exagerado para se beneficiar com a possibilidade de obter verbas, ou para garantir a anuência de rigorosas políticas de segregação, já que acentuavam o medo entre a população.

A primeira regulamentação federal voltada para a lepra no Japão data de 1907, através do Ato de Prevenção da Lepra. Nesse Ato, passavam a ser obrigatórias a notificação dos óbitos e a desinfecção das residências dos leprosos. Os doentes extremamente pobres deveriam ser isolados ou tratados em domicílio e ficavam sob a responsabilidade do Estado ou município em que vivessem – que também se responsabilizariam pela família do mesmo. Os demais doentes pobres poderiam ser isolados em estabelecimentos privados, desde que os governos se responsabilizassem em custear uma parte das despesas destes estabelecimentos. Em contrapartida, o governo central ganharia o direito de fiscalizar o estabelecimento. Dois anos após a promulgação do Ato de Prevenção da Lepra, cinco estabelecimentos oficiais foram inaugurados em diferentes municípios do Japão.²¹⁹

É possível notar que as medidas adotadas com relação à lepra refletiam a centralização do poder político no Japão e a ampliação da esfera de intervenção estatal em todo o território japonês. Essa situação se assemelhou e muito ao que ocorreu no Brasil durante as décadas de 1910 e 1920, onde as políticas de saúde e

²¹⁸ ANDRADE, Marcio Magalhães e CUNHA, Vívian da Silva, *op. cit.*, p. 118.

²¹⁹ SOUZA-ARAÚJO, H. C de. *A lepra – estudos realizados em 40 países (1924-1927)*. Rio de Janeiro: Tipographia do IOC, 1929, p. 107.

saneamento tiveram importante papel no aumento da penetração do Estado na sociedade e no território brasileiro.²²⁰

O mais importante especialista dedicado ao tema de lepra no Japão foi Kensuke Mitsuda. Seu reconhecimento internacional foi resultado das suas pesquisas no campo da imunologia, que deram origem ao desenvolvimento da lepromina e da “Reação de Mitsuda”.²²¹ Foi um ardoroso defensor das políticas de isolamento nosocomial dos leprosos. Influenciado pelas concepções eugenistas, que defendiam o aperfeiçoamento da raça humana, ele liderou a política de endurecimento contra os doentes num momento em que os congressos internacionais e os leprologistas de vários países propunham a conciliação do isolamento nosocomial com o domiciliar.

Segundo seus ideais, Mitsuda conseguiu com que as instituições japonesas fossem extremamente rigorosas com seus pacientes. Os doentes eram separados por sexo, para evitar a reprodução entre os enfermos, o que poderia colocar a perder os esforços para conter a doença. Medidas obrigatórias eram realizadas nos enfermos, mesmo sem seu consentimento, o que era o caso das esterilizações compulsórias dos doentes do sexo masculino; a realização de abortos nas mulheres leprosas, que ganhou, inclusive, uma justificativa legal; e até mesmo a prática de infanticídios.²²²

Assim, na década de 1920, quando o Ato de Prevenção da Lepra passou por uma revisão, a segregação dos doentes ganhou contornos mais duros. Deu-se maior ênfase às medidas disciplinares e de detenção, assim como aumentou o poder de polícia dentro dos leprosários. As estatísticas subsequentes indicaram uma queda no número de doentes no Japão, resultado das políticas praticadas para o controle da doença.²²³ De certa forma, esse recrudescimento das políticas preventivas contra a lepra no Japão na década de 1920, vai ao encontro do que ocorreu no Brasil, onde foi

²²⁰ Ver HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento. As bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec/ANPOCS, 1998.

²²¹ ANDRADE, Marcio Magalhães e CUNHA, Vívian da Silva, *op. cit.*, p. 120.

²²² KIKUCHI, Ichiro. Hansen's disease in Japan: a brief history. *International Journal of Dermatology*, 1997:336 (8) 629-633.

²²³ SOUZA-ARAÚJO, Heraclides Cesar de. “O bello exemplo do Japão no combate à lepra”. Sétima conferência, realizada em 14 de janeiro de 1930. In *Boletim da Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra*. São Paulo, 31 de janeiro de 1930. Ano 1, n.10, pp.12-15, p.13.

criado um órgão oficial de atenção à doença e a estratégia de construção de leprosários para o isolamento compulsório dos doentes. Embora esteja claro que o modelo japonês tenha sido mais rigoroso e disciplinado, ele se contrapunha às transigências encontradas inclusive na legislação brasileira.²²⁴ Um fator divergente entre as políticas executadas no Brasil e no Japão é que neste último as medidas previstas em lei foram colocadas em prática em tempo relativamente curto – em dois anos após a promulgação do Ato, já estavam funcionando cinco novos leprosários construídos com dinheiro público. No Brasil, ao contrário, a falta de verbas e o desinteresse das elites políticas dos estados atrasaram a realização das medidas propostas.

O Japão, assim como o Brasil, foi um dos países que integrava o Comitê quando foi estabelecido o Pacto da Liga das Nações. Assim, quando se deu a primeira reunião do Comitê de Higiene, em 1921, o Japão já contava com um representante, que foi Mikinosuke Miyajima.²²⁵ No campo da leprologia, o Japão apresentava um excelente trabalho, cuja liderança parecia, naquele momento, inquestionável. Em 1930, Souza-Araújo escreveu um artigo para o *Boletim da Federação das Sociedades Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra*, intitulado “O bello exemplo do Japão no combate à lepra” [sic]. Nele, Souza-Araújo indicou essa liderança nipônica ao comentar que esperava que o Comitê de Higiene da Liga das Nações criasse um plano de combate à lepra para que “o Brasil se incorpore ao grupo dos países civilizados, que terão à sua frente, como líder o Japão”.²²⁶

²²⁴ Sobre as transigências, ver Regulamento do DNSP, 1923: 34-35, art. 153 e alínea “e”.

²²⁵ Miyajima era chefe da seção de doenças infecciosas do Instituto Kitasato e professor da Faculdade de Medicina da Universidade de Kéio, ambos em Tóquio. Foi por meio da demanda deste cientista que as ações da Organização da Saúde foram estendidas para o Oriente, através da criação da Comissão do Extremo Oriente. Este foi o primeiro passo dado pela Liga das Nações para expandir geograficamente suas atividades, antes limitadas à Europa.

²²⁶ SOUZA-ARAÚJO, Heraclides Cesar de. “O bello exemplo do Japão no combate à lepra”. Sétima conferência, realizada em 14 de janeiro de 1930. In *Boletim da Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra*. São Paulo, 31 de janeiro de 1930. Ano 1, n.10, pp.12-15, p.15.

Podemos concluir que a lepra ganhou visibilidade durante a década de 1920 não só no Brasil, mas em vários países do mundo. Sua característica endêmica e as dificuldades para se definir sua terapêutica e modos de transmissão foram decisivas para que o isolamento fosse visto como a forma capaz de se evitar a doença. Carlos Chagas, então responsável pela administração sanitária brasileira definiu a lepra como um grande problema nacional ao criar, em 1920 uma inspetoria própria para o seu combate e das doenças venéreas. Foram estabelecidas ações e legislações mais específicas para controlar a doença. As ações verticalizadas de combate à lepra nos ajudam a observar o lento processo de criação e aumento da capacidade do Estado de intervir no território nacional durante as décadas de 1910 e 1920.

As reformas empreendidas durante a década de 1930 serviram para consolidar este processo de centralização da atuação federal nos estados. No caso específico da lepra, a extinção da IPLDV poderia indicar uma perda de centralidade e uniformidade de ação nesta área. Mas Gustavo Capanema, que assumiu o Ministério da Educação e Saúde Pública foi perspicaz ao perceber a necessidade de nova reorganização na saúde. Para a lepra, colocou em prática um plano de ação que passou a orientar a luta contra a doença por mais de uma década, por todo o país.

No circuito internacional, a década de 1920 constituiu um campo de discussões sobre a profilaxia e a terapêutica da lepra por meio dos encontros científicos. Era necessário definir essas questões frente aos conhecimentos que iam sendo construídos com as pesquisas e que seriam primordiais a uma luta eficaz contra o mal. Diante das recomendações desses encontros, as realizações brasileiras estavam enquadradas ao que era definido internacionalmente como eficaz contra a doença. A realização das Conferências Internacionais de Leprologia consolidou não só um *locus* de discussão do problema, mas também um espaço para definir a lepra entre as doenças que mereceriam a atenção de organismos de cooperação internacional. Este é o assunto do próximo capítulo, onde explicamos de que forma Chagas conseguiu pleitear um espaço para a discussão da lepra num dos organismos sanitários mais importantes do período: a Organização da Saúde da Liga das Nações.

Capítulo 3

A CRIAÇÃO DO CENTRO INTERNACIONAL DE LEPROLOGIA

“Duas razões primordiais fundamentam essa iniciativa e tornam digna de encômios a decisão do governo brasileiro. Em primeiro lugar, a importância máxima do problema da lepra, não só para o nosso país, não só para o continente americano, senão ainda para o mundo inteiro; em segundo lugar, e como razão também ponderável, as numerosas incógnitas que perduram nesse capítulo da patologia humana, e dificultam as providências sanitárias e impossibilitam o êxito definitivo do método profilático.” (Carlos Chagas, 1934)²²⁷

Este capítulo aborda a criação em 1934 do Centro Internacional de Leprologia (CIL), um empreendimento brasileiro idealizado para ficar sob os auspícios da Liga das Nações. O financiamento para esta iniciativa ficaria a cargo do governo brasileiro além de recursos privados que completariam a receita. Para tanto há o registro da discussão de

²²⁷ “A instalação do Centro Internacional de Leprologia no Brasil. Fala à NOITE, sobre a missão desse instituto científico, o professor Carlos Chagas.” Entrevista cedida por Carlos Chagas ao Jornal A NOITE, de 27 de março de 1934. *Fundo Carlos Chagas*. BR. RJCOCC.01.004. DAD/COC/Fiocruz.

como a Liga das Nações se interessou pelo tema da lepra, especificamente após a III Conferência Internacional de Lepra, realizada em 1923 na França, e pela criação do CIL, empreendimento oferecido pelo governo brasileiro para ficar sob os auspícios da Liga. Em seguida, compreender os motivos para a criação de uma Comissão da Lepra que ficou responsável por avaliar a situação da doença pelo mundo o que foi feito através de uma viagem do secretário técnico dessa Comissão, Etienne Burnet (do Instituto Pasteur de Tunis, Marrocos). A lepra entrara, assim, na agenda sanitária internacional da Liga das Nações com forte participação de médicos brasileiros.

A partir de 1927 o Brasil sinalizou com o desejo de sediar um centro de pesquisas e ensino voltado exclusivamente para a lepra. Estudos e articulações políticas foram realizados para que os dirigentes da Liga compreendessem a necessidade de tal empreendimento. Em 1931 um acordo formal entre as partes – Brasil e Liga – foi firmado para a criação do Centro Internacional de Leprologia no Rio de Janeiro.²²⁸

A Liga das Nações possuía um órgão voltado exclusivamente para as questões da saúde – a Organização da Saúde (OSLN). Contava ainda com um comitê de especialistas – o Comitê de Higiene - que cuidava da questão da saúde pública internacional e que se constituía como um órgão consultivo do Conselho e da Assembléia da Sociedade das Nações nos assuntos referentes à higiene e saúde. No início, a OSLN só atuava em território europeu, principalmente naqueles países e populações mais devastadas pelas epidemias e problemas sanitários que vieram no pós-Primeira Guerra Mundial. Aos poucos foi incorporando especialistas em saúde dos outros continentes. A partir de 1922 passou a ter o primeiro representante sul-americano a fazer parte do Comitê de Higiene, que foi Carlos Chagas, o diretor do Instituto Oswaldo Cruz e dos serviços federais de saúde. E com ele o tema da lepra foi sendo colocado e redefinido na pauta de preocupações deste Comitê.

²²⁸ Como sabemos, nem sempre o que é acordado ou criado por meio de leis pode não ter o fôlego suficiente para sair do papel e dar início às atividades. Por isso prefiro utilizar como limite cronológico o ano de 1934 para a criação do CIL. Embora o acordo tenha sido assinado em 1931, o Centro só passou a funcionar três anos depois.

3.1. – A Organização da Saúde da Liga das Nações e seu interesse pela América Latina

Alguns membros da OSLN começaram a criticá-la por sua atuação geograficamente limitada, centrada na Europa, o que contribuiu para aumentar o interesse da Liga das Nações pela região das Américas. Além disso, a Liga precisava incorporar membros representantes de todas as partes para obter o status de internacional, deixando de ser simplesmente uma organização européia. De mais a mais, os próprios administradores da saúde pública dessa região, que mantinham laços com cientistas europeus, desejavam fazer parte do cenário que se desenhava em Genebra, como foi o caso de Carlos Chagas. Pensou-se inclusive numa colaboração com a Oficina- Sanitária Pan-Americana²²⁹. Mas essa colaboração nunca foi concretizada pela Liga das Nações.

Em maio de 1922, durante a 3ª. Reunião do Comitê Provisório de Higiene realizada em Paris, foi examinada a possibilidade de designar um representante da América do Sul para se tornar membro deste Comitê.²³⁰ Alguns membros presentes à reunião expressaram suas opiniões, como foi o caso de Leon Bernard (Professor de Higiene na Faculdade de Medicina da Universidade de Paris) que assinalou ser a designação muito desejada, propondo que para o assento fosse convidado um brasileiro. Albert Calmette (subdiretor do Instituto Pasteur de Paris) apoiou essa proposta lembrando, inclusive, que o Brasil havia desenvolvido consideravelmente suas administrações de saúde, além de ter desempenhado um grande esforço na luta contra a febre amarela²³¹.

²²⁹ Quando foi criada, em 1902, a Oficina Sanitária Pan-Americana era denominada Oficina Sanitária Internacional. Desde o início Hugh Cumming foi seu Diretor Geral, acumulando também a função de Cirurgião Geral dos EUA (cargo semelhante ao de Ministro da Saúde), até 1936, quando deixou este cargo. Permaneceu como Diretor da Oficina até 1947. Cf. LIMA, Nísia Trindade. “O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões”. In: FINKELMAN, Jacobo (org.). *Caminhos da saúde pública no Brasil*, p. 48-49.

²³⁰ “Minuta da 3ª Sessão do Comitê Provisório de Higiene. Paris, de 11 a 16 de maio de 1922.” *Fundo Liga das Nações*, Caixa 02. DAD/COC/Fiocruz.

²³¹ *Ibidem*.

No ano de 1920 a saúde brasileira sofreu uma remodelação estrutural, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP).²³² Albert Calmette sugeriu que Carlos Chagas, então diretor do DNSP, fosse designado como membro sul-americano, de modo a reconhecer o que considerava o justo valor do empenho brasileiro nas questões sanitárias. Essa designação foi aceita pelos demais membros do Comitê e levada ao Conselho da Liga para ser aprovada.²³³

No dia 5 de agosto de 1922, Chagas recebeu uma correspondência oficial da Liga das Nações anunciando que seu nome fora aceito pelo Conselho da Liga das Nações e que ele agora era um dos membros do Comitê de Higiene.²³⁴ Esta correspondência deixa transparecer que Carlos Chagas, antes mesmo de se tornar membro do Comitê, já vinha trocando correspondências com Ludwick Rajchman, Diretor Médico da Seção da Saúde da Liga das Nações e Secretário do Comitê de Higiene, nas quais Chagas indicava seu desejo de servir ao Comitê.

Chagas acumulava então os cargos de Diretor do DNSP (1920-1926) e do Instituto Oswaldo Cruz (IOC) (1917-1934). Conquistara reconhecimento internacional por conta da descoberta da tripanossomíase americana, doença que leva seu nome, sendo convidado a realizar conferências em universidades e instituições científicas internacionais.²³⁵ Membro de variadas sociedades médicas no Brasil e de outras associações pelo mundo²³⁶, Chagas viajou à Europa em maio de 1923 para assumir suas novas atribuições no Comitê de Higiene e para participar de suas reuniões.

Cabe ressaltar que quando o Brasil deixou seu assento no Conselho da Liga, em 1926, estabeleceu-se uma longa crise entre o país e a organização.²³⁷ Mas o interessante é

²³² A discussão sobre a estrutura sanitária do Brasil na década de 1920 foi desenvolvida no Capítulo 2.

²³³ “Minuta da 3ª Sessão do Comitê Provisório de Higiene. Paris, de 11 a 16 de maio de 1922.” *Fundo Liga das Nações*, Caixa 02. DAD/COC/Fiocruz.

²³⁴ [Correspondência de 05 de agosto de 1922, recebida por Carlos Chagas]. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOC CC.06.079. DAD/COC/Fiocruz. Nesta correspondência, Chagas recebeu a notícia da sua escolha como membro do Comitê de Higiene

²³⁵ KROPF, Simone; HOCHMAN, Gilberto. Carlos Chagas (entry). In: W. F. Bynum; Helen Bynum. (Org.). *Dictionary of Medical Biography*. 1 ed. Westport, CT: Greenwood Press, 2007, v. 1, p. 320-325.

²³⁶ [Currículos] *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOC CC.03.048. DAD/COC/Fiocruz.

²³⁷ Sobre a participação do Brasil na Liga das Nações, ver GARCIA, Eugênio Vargas. *Op. cit.*; BARACUHY, Braz, *op. cit.*; SANTOS, Norma Breda dos, *op. cit.* SILVA, Alexandra de Mello e. “Idéias e

que o Brasil não se afastou das decisões da Liga no campo da saúde. Carlos Chagas tornou-se membro do Comitê de Higiene em 1922 e sua posição não foi abalada com a saída diplomática brasileira da Liga, permanecendo no Comitê até sua morte em 1934. No ano anterior à saída brasileira da Liga, a participação de Chagas no Comitê foi revigorada, tendo sido designado para um mandato de três anos – a contar a partir de 1926 – como um dos vice-presidentes do Comitê, devido à sua reputação científica e por representar os países da América do Sul.²³⁸ Além de Chagas, também foi escolhido para o cargo de vice-presidente N. M. J. Jitta (Presidente do Conselho de Saúde da Holanda), ambos por indicação de Leon Bernard. Chagas foi escolhido não só pela sua reputação científica internacional – conquistada após a descoberta da tripanossomíase americana ou doença de Chagas em 1909 –, mas, o mesmo tempo, por representar os países da América do Sul – espaço geograficamente afastado no qual a Organização da Saúde estava pleiteando uma maior atuação. A intenção da OSLN era divulgar na região, os trabalhos empreendidos pelo órgão técnico da Liga das Nações e tentar se aproximar das administrações sanitárias da América Latina.²³⁹

Na 6ª Reunião do Comitê de Higiene, ainda provisório, realizada de 26 de maio a 06 de junho de 1923, o Cirurgião-Geral Hugh S. Cumming²⁴⁰ preparou um trabalho sobre a possibilidade, a pedido de Rajchman. Carlos Chagas, presente na reunião, defendeu que a entidade poderia constituir um organismo intermediário entre os países da América do Sul e o Comitê de Higiene.²⁴¹ É interessante salientar que os Estados Unidos não faziam – e nunca fizeram – parte da Liga das Nações, mas como seu Cirurgião-Geral era membro do

política externa: a atuação brasileira na Liga das Nações e na ONU.” *Revista Brasileira de Política Internacional*, 1998:41 (2) 139-158.

²³⁸ “Minuta da 5ª. Sessão do Comitê de Higiene. Genebra, de 8 a 14 de outubro de 1925”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 05. DAD/COC/Fiocruz. A participação diplomática brasileira no Conselho da Liga das Nações foi abordada no capítulo 1.

²³⁹ “Minuta da 6ª Sessão do Comitê de Higiene. Paris, de 26 de maio a 6 de junho de 1923”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 23. DAD/COC/Fiocruz.

²⁴⁰ Diretor Geral dos Serviços de Saúde Pública dos EUA, Diretor da Oficina Sanitária Pan-Americana, membro do *Office International d’Hygiène Publique* e, por conta disso, membro do Comitê de Higiene. O acordo entre a Liga das Nações e o *Office* de Paris para que fosse criada uma Organização da Saúde só foi aceita quando se definiu que o Presidente do *Office International d’Hygiène Publique* e mais nove membros nomeados por esse mesmo *Office* fariam parte da desejada organização. Cumming, representante dos EUA em Paris, foi um desses membros nomeados pelo *Office* para compor o quadro da Organização da Saúde. Assim, mesmo sem nunca ter feito parte da Liga das Nações, os EUA conseguiram manter sua representatividade e seu poder de voto, ao menos nas questões referentes à saúde.

²⁴¹ “Minuta da 6ª Sessão do Comitê de Higiene. Paris, de 26 de maio a 6 de junho de 1923”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 23. DAD/COC/Fiocruz.

Office International d'Hygiène Publique, de Paris, foi possível a participação norte-americana no Comitê de Higiene.

Desde 1923, Carlos Chagas insistia em um convite feito pelo governo brasileiro para que um delegado do Comitê de Higiene visitasse o país e possivelmente outros países da região. Esta proposta chegou a ser discutida com Eric Drummond (Secretário Geral da Liga das Nações, 1920-1933) e Joseph Avenol (auxiliar direto do Secretário Geral e seu substituto, quando o titular precisava se ausentar) e ambos foram favoráveis ao assunto.²⁴² Entretanto, diante da impossibilidade de Ludwik Rajchman e de Thorwald Madsen de realizarem a viagem naquele ano, a idéia parece ter sido adiada e outro membro do Comitê de Higiene, Leon Bernard, foi convocado para representar a Organização da Saúde na visita aos países sul-americanos.

Na tentativa de analisar a vontade dos países sul-americanos em colaborar com a OSLN, Leon Bernard realizou entre os anos 1924 e 1925 uma viagem pela América do Sul, visitando a Argentina, do Brasil e do Uruguai. Sua viagem tinha por objetivo observar o treinamento em saúde pública e as organizações de saúde desses três países, de modo a obter maior cooperação entre os profissionais de saúde da América Latina e a Organização da Saúde.

Segundo o relatório de Leon Bernard, o Brasil já demonstrava grande interesse em atuar em conjunto com a Organização da Saúde.²⁴³ Este reconhecimento facilitaria os possíveis arranjos que pudessem ser estabelecidos entre o país e a Liga das Nações. A visita de Leon Bernard pode ser vista como um dos primeiros passos para estimular a realização de esforços da Organização da Saúde neste continente.

²⁴² Correspondência de Rajchman para Madsen, datada de 22 de junho de 1923, Registro n. 8F/18921/321; e correspondência de Madsen para Rajchman, datada de 28 de junho de 1923, Registro n. 123/26213X/11346, ambos no Arquivos da Liga das Nações, Genebra. A pesquisadora Anne-Emmanuelle Birn, do Departamento de Ciências da Saúde Pública, da Faculdade de Medicina da Universidade de Toronto, gentilmente me cedeu estas fontes. Joseph Avenol assumiu definitivamente o posto em 1933, quando Eric Drummond deixou o Secretariado

²⁴³ “Minuta da 5ª. Sessão do Comitê de Higiene. Genebra, de 8 a 14 de outubro de 1925”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 05. DAD/COC/Fiocruz.

3.2. – A lepra na pauta da cooperação internacional em saúde (1922-1926)

Durante a década de 1920 a lepra foi ganhando espaço nas pautas de discussão da Liga das Nações. O Secretário Geral da III Conferência Internacional de Lepra, prof. Emile Marchoux, apresentou ao Comitê de Higiene, em 1924, as resoluções e os planos desta Conferência para que a Liga das Nações assumisse parte das ações. Primeiro, sugeriu que a Liga preparasse uma estatística geral dos casos da doença. Depois, referiu-se à criação de um *bureau de renseignements et d'information* que pudesse recolher as informações mais avançadas e ser consultado por especialistas, sempre que necessário. Por último, recomendou à Liga das Nações que deveria reiniciar a publicação do periódico conhecido por “Arquivos Internacionais de Lepra”, que era publicado na Alemanha antes do advento da Primeira Guerra.²⁴⁴

De todas estas resoluções, somente a de preparar estatísticas sobre a lepra pode ser prontamente executada, na medida em que a Organização da Saúde já possuía um serviço de informação epidemiológica e estatística sanitária em pleno funcionamento. Seria mais prático incluir a lepra entre as doenças a serem pesquisadas, adicionando nos relatórios anuais e boletins mensais os informes estatísticos coletados nos diversos países que colaboravam com esse serviço. Inclusive, podemos verificar na *Estatística Epidemiológica* para o ano de 1923 que a lepra aparecia entre as doenças notificáveis, bem como os informes sobre outras doenças existentes no Brasil.²⁴⁵

A primeira referência ao tema encontrada nos relatórios das reuniões do Comitê de Higiene ocorreu na 6ª Reunião do Comitê (ainda provisório) em 1923.²⁴⁶ Com a abertura

²⁴⁴ “Minuta da 2ª Sessão do Comitê de Higiene. Paris, de 7 a 10 de maio de 1924.”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

²⁴⁵ A *Estatística Epidemiológica* para o ano de 1923 apontava as doenças de notificação compulsória em “27 países da Europa, 15 países da África, 14 países da América, 12 países da Ásia e para a Austrália”. Para o Brasil, o relatório apontava 42 falecimentos constatados no Distrito Federal, no ano de 1923. Esses informes sobre o Brasil eram baseados nos Relatórios Especiais do Departamento Nacional de Saúde Pública, que eram enviados ao Serviço de Informação Epidemiológica. “Estatística Epidemiológica para o ano de 1923”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 03. DAD/COC/Fiocruz.

²⁴⁶ “Minuta da 6ª. Sessão do Comitê [provisório] de Higiene. Paris, de 26 de maio a 6 de junho de 1923”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 23. DAD/COC/Fiocruz

dos trabalhos da Organização da Saúde na América Latina, as doenças prevalentes em outras regiões do mundo, como a lepra, ganharam espaço na pauta de discussões. Além do relatório apresentado por Cumming sobre a cooperação com a América latina, os trabalhos relativos à lepra no continente também receberam atenção especial.²⁴⁷ Destacaram-se os resultados obtidos na Colômbia e na Venezuela pelo emprego do óleo de *Gynocardia*.²⁴⁸

Aproveitando-se da presença do tema da lepra na reunião, Chagas reforçou a sua importância do ponto de vista nacional e internacional. Discorreu brevemente sobre o problema no Brasil e os avanços que o país já havia conseguido, buscando estar em sintonia com as recomendações internacionais. Falou sobre a legislação e as instalações existentes desde 1920 que foram especialmente desenvolvidas para combater esse problema e, ainda, sobre a realização de uma Conferência Americana de Lepra, realizada em 1922 no Rio de Janeiro²⁴⁹. Percebendo o interesse de seus colegas do Comitê sobre o tema, Chagas prometeu-lhes um trabalho sobre esse ponto.

Em 1925, Carlos Chagas apresentou uma nova comunicação sobre o tema ao Comitê de Higiene, tentando caracterizá-lo como de importância internacional.²⁵⁰ Nela afirmou que a lepra era um dos problemas mais sérios da América Latina e que já estava sendo enfrentado pelos serviços sanitários dos países. Apontou, por fim, que diante dessa característica internacional, o tema não poderia ficar de fora das atividades empreendidas pelo Comitê de Higiene.

Para permitir um maior desenvolvimento das atividades realizadas pela Liga das Nações com relação à lepra, Chagas sugeriu ao Comitê de Higiene, na mesma

²⁴⁷ *Ibidem*.

²⁴⁸ O óleo de *Gynocardia* foi considerado durante algum tempo como uma alternativa encontrada no ocidente ao óleo de *Chaulmoogra*, já tradicionalmente utilizado na terapêutica da lepra. Entretanto, como nos afirma Dumas *et al.*, uma investigação completa de ambas as sementes confirmou que as sementes de *Gynocardia* não apresentavam atividade ótica e não possuíam os ácidos hidnocárpico e chaulmúgrico, duas das principais características do grupo das chaulmoogras. Assim, passou-se a considerar a *Gynocardia odorata* como "falso chaulmoogra". DUMAS, Fernando Sergio; SOUZA, Letícia Pumar Alves de; e SIANI, Antonio Carlos, *op. cit.*

²⁴⁹ A Conferência Americana de Lepra, de 1922, foi abordada no Capítulo 2. Aqui basta lembrar que esse foi o primeiro momento em que Chagas falou publicamente sobre o tema da lepra. CHAGAS, Carlos. "Primeira Conferência Americana de Lepra. Discurso pronunciado pelo Diretor Geral da Saúde Pública na sessão inaugural da Conferência em 8-10-1922". *Arquivos Brasileiros de Medicina*, 1922:12 (11) 898.

²⁵⁰ "Minuta da 5ª. Sessão do Comitê de Higiene. Genebra, de 8 a 14 de outubro de 1925". *Fundo Liga das Nações*, Caixa 05. DAD/COC/Fiocruz.

comunicação, que fosse criada uma “comissão especial para a lepra”.²⁵¹ Para tanto, a comissão teria por objetivo, entre outras coisas: a realização de investigações estatísticas sobre o número de leprosos existentes; o desenvolvimento dos centros de saúde nesta direção; a investigação sobre a melhor maneira para o tratamento das pessoas atacadas pela doença, tanto do ponto de vista terapêutico como do método a ser utilizado para aplicar o medicamento; a investigação das formas atípicas ou ocultas que são perigosas porque não se suspeitam da sua existência; a investigação sobre a melhor maneira de proteger a saúde das populações que não possuem recursos para as medidas de isolamento, nem sempre muito eficazes; além do estabelecimento das condições para a defesa internacional contra a lepra.²⁵²

A partir de então, Chagas passou a insistir para que a OSLN incluísse a lepra em sua agenda de trabalho, visto que o Comitê de Higiene possuía deveres internacionais que exigiam que fossem investigados, também, certos aspectos da epidemiologia, tratamento e profilaxia dessa doença.²⁵³ Em reação ao relatório apresentado por Chagas, os membros do Comitê de Higiene sugeriram que a questão fosse aprofundada, apresentando em um novo dossiê contendo informações sobre a prevalência da lepra e sobre as medidas aplicadas para prevenir seu avanço na América Latina.²⁵⁴

Este novo documento foi apresentado por Chagas na sessão seguinte do Comitê de Higiene, em abril de 1926. Nele, defendia o caráter internacional da doença dizendo que o problema tornou-se ainda mais sério “diante do mundo em conexão”, ou seja, da “facilidade de comunicação entre os vários países do mundo, o que tende[ria] a criar um contato permanente entre áreas infectadas e aquelas que permanece[ria]m imunes. (...) o perigo da infecção nessas circunstâncias requer[eria] regulamentos sanitários internacionais capazes de prevenir o avanço da doença”. O problema da lepra mereceria, portanto, a atenção de todos os governos, mesmo daqueles que não tivessem sido atingidos

²⁵¹ Esta comissão foi sugerida por Chagas ainda na conferência que proferiu sobre a lepra na 5ª. Sessão do Comitê de Higiene. “Minuta da 5ª. Sessão do Comitê de Higiene. Genebra, de 8 a 14 de outubro de 1925”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 05. DAD/COC/Fiocruz.

²⁵² “Minuta da 5ª. Sessão do Comitê de Higiene. Genebra, de 8 a 14 de outubro de 1925”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 05. DAD/COC/Fiocruz.

²⁵³ WEINDLING, Paul. “As origens da participação da América Latina na Organização de Saúde da Liga das Nações, 1920-1940”. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, 2006:13 (3) 555-570.

²⁵⁴ “Minuta da 5ª. Sessão do Comitê de Higiene. Genebra, de 8 a 14 de outubro de 1925”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 05. DAD/COC/Fiocruz.

por ela, pois “uma maior coordenação de esforços entre as nações é[ra] necessária”. Sugeriu, assim, que “(...) a cooperação internacional deve[ria] ser estimulada para que o problema [pudesse] ser inteiramente resolvido.”²⁵⁵

Mais uma vez, Chagas sugeria a criação de uma comissão especial que pudesse estudar o problema da lepra em todas as suas dimensões. Sua insistência pode ser vista como um mérito, já que teve a perspicácia em perceber que com a lepra ele teria a abertura necessária para incluir um tema importante para o seu país na pauta de discussões de um organismo de grande reputação internacional – o que daria o aval necessário para a sua atuação nas questões sanitárias.

O programa de ação da referida Comissão a ser criada, segundo Chagas, poderia ser assim organizado:

“I – Propagar, nos centros de lepra, o conhecimento moderno a respeito da doença, de modo que medidas possam ser tomadas para que a doença possa ser efetivamente restringida; II – Promover e dar assistência à investigação para o tratamento da lepra; III – Se esforçar, com a ajuda de especialistas, para elucidar o mecanismo de infecção, um conhecimento exato do que é indispensável como base racional para a profilaxia; IV – Realizar a troca de especialistas entre os países em que a lepra existe e organizar centros especiais da lepra; V – Promover e dar assistência à publicação de uma revista internacional, com o propósito especial de divulgar o conhecimento a respeito da lepra; VI – Promover uma legislação internacional com o objetivo de prevenir a transmissão da lepra de um país para outro.”²⁵⁶

²⁵⁵ “Minuta da 6ª. Sessão do Comitê de Higiene. Genebra, 26 de abril a 1º de maio de 1926”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 08. DAD/COC/Fiocruz

²⁵⁶ Cf. “Minuta da 6ª. Sessão do Comitê de Higiene. Genebra, 26 de abril a 1º de maio de 1926 – Relatório Preliminar sobre o Problema da Lepra”, anexo 85, pp. 95-97. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 08. DAD/COC/Fiocruz.

Diante disso, o Comitê de Higiene solicitou à Chagas que ele continuasse seu estudo sobre o problema da lepra relatando a epidemiologia e a prevenção da doença em colaboração com especialistas designados para este propósito. Na sessão seguinte, em outubro de 1926, o Comitê de Higiene nomeou os seguintes especialistas para colaborar com Chagas: Emile Marchoux (França), George W. McCoy²⁵⁷ (EUA), Eduardo Rabello (Brasil) e Kiyoshi Shiga²⁵⁸ (Japão). Havia ainda a possibilidade de participação do Sr. Leonard Rogers (Londres).²⁵⁹ A tarefa deles seria a de entrar em contato com os especialistas de seus países de origem para verificar como se encontrava o estado atual do problema nessas regiões, apontando especificamente para a questão da sua epidemiologia e da profilaxia.

É importante esclarecer que, mesmo com a nomeação de especialistas para colaborar com Chagas, a sua proposta para a criação de uma comissão especial para a lepra ainda não tinha se concretizado. Para o presidente do Comitê de Higiene, Thorwald Madsen (Diretor do Instituto Nacional de Soroterapia de Copenhague, Dinamarca), era preciso coletar maiores informações para a constituição de uma nova comissão de estudos.²⁶⁰ Em 1925, o Comitê de Higiene já contava com várias comissões, tais como a Comissão do Ópio, a Comissão do Câncer, Comissão da Tuberculose, Comissão de Treinamento em Saúde Pública, Comissão do Extremo-Oriente, Comissão da Malária; Comissão Temporária Mista do Antrax; Comissão sobre Estandarização do Soro, Reações Sorológicas e Produtos Biológicos; Comissão de Especialista para o Estudo da Doença do Sono e Tuberculose na África Equatorial; Comissão Internacional sobre a Doença do Sono; Comissão de Varíola e Vacinação.²⁶¹

²⁵⁷ Foi Diretor do Serviço de Investigação da Lepra dos EUA na década de 1910.

²⁵⁸ Bacteriologista japonês que descobriu o organismo causal da disenteria bacilar.

²⁵⁹ “Relatório Anual da Organização da Saúde para o ano de 1926”, p. 21. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 16. DAD/COC/Fiocruz.

²⁶⁰ “Minuta da 6ª. Sessão do Comitê de Higiene. Genebra, 26 de abril a 1º de maio de 1926”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 08. DAD/COC/Fiocruz.

²⁶¹ Estas comissões estão relacionadas no “Relatório anual da Organização da Saúde para o ano de 1925”, *Fundo Liga das Nações*, Caixa 01. DAD/COC/Fiocruz.

3.3. – O Instituto Interamericano de Proteção à Infância no Uruguai e a proposta para a criação de um Centro Internacional de Leprologia no Brasil.

Mesmo muito incipiente, a presença da Liga das Nações em atividades na América Latina começaria a se mostrar proveitosa. Saindo dos limites da Europa e vertendo esforços para países geograficamente afastados de Genebra, a Organização da Saúde passaria, a partir de 1929, a promover a medicina social, por meio de estudos de como os meios social e natural afetavam a saúde humana. Foram desenvolvidos estudos sobre nutrição, educação física, a qualidade do leite e o fornecimento de água, moradia, higiene rural e seguro-saúde.²⁶² A OSLN disseminava a idéia de que as pesquisas aliadas à medidas preventivas organizadas sob bases científicas internacionais poderiam reduzir, ou até mesmo eliminar, muitas doenças e as causas sócio-econômicas do adoecimento humano favorecendo a saúde e o bem-estar das populações desta região, e conseqüentemente, “diante do mundo em conexão”, das populações dos outros continentes. Durante os anos pós crise de 29, a cooperação entre a OSLN e a Organização Internacional do Trabalho (OIT)²⁶³ foi marcada por uma fase de maior ênfase na medicina social.²⁶⁴

O primeiro empreendimento da Liga das Nações na América Latina se realizou no Uruguai. Luis Morquio, um reconhecido líder em saúde pública e pediatria na Europa e nas Américas, propôs no II Congresso Panamericano da Criança, em Montevideú, 1919, a criação de um ‘Instituto Interamericano de Proteção à Infância’ (IIFI). A proposta foi sancionada pelo governo uruguaio por meio de um decreto, em 1924. Mas a fundação do IIFI aguardava um impulso externo que veio através do patrocínio da Organização da

²⁶² Segundo DUBIN, Martin David. "The League of Nations Health Organisation", in: Weindling, Paul. *International Health Organisations and Movements, 1918-1939*. Cambridge, Cambridge University Press, 1995, pp. 56-80, p. 60.

²⁶³ A OIT também foi criada em 1919 como parte do Tratado de Versalhes. Acreditava que a paz universal e duradoura só poderia ser realizado se estivesse baseada na justiça social. Esta era uma organização tripartida, a única de seu tipo, reunindo representantes de governos, empregadores e trabalhadores em seus organismos executivos. Sobre a OIT, ver: <http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/history/lang--en/index.htm> Acesso em 21 de fevereiro de 2011.

²⁶⁴ WEINDLING, "Social Medicine at the League of Nations Health Organization and the International Labour Office compared", In: _____ (ed). *International Health Organisations and Movements, 1918-1939*. Cambridge, Cambridge University Press, 1995, pp.134-153, p. 135 e *Idem*, “As origens da participação da América Latina na Organização de Saúde da Liga das Nações, 1920-40.” In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 2006:13 (3) 555-570, p. 566.

Saúde da Liga das Nações, graças à influência de Paulina Luisi, ativista nos círculos feministas regionais, científicos e de bem-estar infantil, tendo sido a única representante feminina latino-americana na primeira Assembléia da Liga das Nações.²⁶⁵

O IPI foi fundado, em 1927, durante a realização da “Conferência Sul-Americana sobre a Mortalidade Infantil”, contando com o apoio da Liga das Nações. Sua fundação é, portanto, anterior ao centro brasileiro de pesquisas leproológicas, cujo início de funcionamento data de 1934. Dentre as funções do IPI podemos destacar a responsabilidade pela coleta e disseminação de pesquisas, políticas e informações práticas relativas ao cuidado e proteção de bebês, crianças e mães. Segundo Birn, a OSLN acreditava que seu papel no IPI pudesse facilitar a entrada de várias instituições de pesquisa e educação na América do Sul, mas “os limitados recursos em Genebra implicaram que a OSLN pudesse fazer pouco mais do que encorajar atividades no IPI”.²⁶⁶

O ano de 1927 foi, portanto, muito importante para consolidar as relações entre a América Latina e a Liga das Nações. O Presidente do Comitê de Higiene da OSLN, Thorwald Madsen e o Diretor Médico da Liga, Ludwik Rajchman viajaram para a América do Sul a fim de participar da reunião da comissão internacional de peritos em matéria de proteção à infância, durante a citada conferência sobre mortalidade infantil, que foi realizada em Montevideu. Participaram desta reunião de especialistas: Gregório Aráoz Alfaro (Presidente do Departamento Nacional de Saúde da Argentina e membro do Comitê de Higiene); João de Barros Barreto (Assistente Técnico do Departamento Nacional de Saúde Pública do Brasil); Velasco Blanco (Diretor adjunto do Serviço Federal de Saúde da Bolívia); Andrés Gubetich (Diretor do Departamento Nacional de Saúde e de Assistência Pública de Assunção, Paraguai); Calvo MacKenna, (Diretor da Maison dos Órfãos de Santiago do Chile); e Luis Morquio (Professor na Clínica Infantil de Montevideu, Uruguai).²⁶⁷

²⁶⁵ BIRN, Anne-Emanuelle. “O nexo nacional-internacional na saúde pública: o Uruguai e a circulação das políticas e ideologias de saúde infantil, 1890-1940”. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, 2006:13 (3) 675-708.

²⁶⁶ *Ibidem*, p. 695.

²⁶⁷ Sobre o relatório do presidente do Comitê de Higiene em relação à missão técnica realizada por ele na América do Sul, ver “Minuta da 11ª Sessão do Comitê de Higiene, realizado em Genebra, de 28 de outubro a 3 de novembro de 1927”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 01. COC/ Fiocruz.

Os delegados dos países da América Latina e os membros latino-americanos do Comitê de Higiene solicitaram que se continuassem os estudos sobre as causas médico-sociais da mortalidade infantil nos países da América do Sul, convidando especialistas de saúde pública e pediatras de vários países a estudar a questão. É importante salientar que este tema já era considerado importante na Europa, onde já se desenvolvia um inquérito deste tipo. Os países sul-americanos escolhidos para realizar as visitas e recolher os dados para o inquérito foram, além do próprio Uruguai, o Chile, a Argentina e o Brasil. Nestes países, os representantes da Liga das Nações se depararam com uma grande preocupação com o assunto, percebendo inclusive a existência de inquéritos locais sobre este e outros temas.²⁶⁸

A presença dos diretores da Organização da Saúde na América do Sul e a criação de um Instituto Interamericano de Puericultura com a chancela da Liga das Nações parecem ter incentivado os países visitados a proporem uma série de sugestões de cooperação internacional em saúde. No próprio Uruguai, por exemplo, acreditou-se numa colaboração sobre seguro-saúde. Na Argentina, que também contava com um membro no Comitê de Higiene da Liga das Nações, Aráoz Alfaro, foi sugerida a criação de um centro de ensino para médicos, enfermeiras visitadoras e todo pessoal da área da saúde.²⁶⁹

No Brasil foram apresentadas duas propostas, sugeridas por Carlos Chagas (Diretor do Instituto Oswaldo Cruz) e Clementino Fraga (Diretor do Departamento Nacional de Saúde Pública, a partir de 1926). A primeira proposta seria conferir um caráter internacional a um curso superior de higiene já existente no país desde 1925, colocando-sob os auspícios da Liga.²⁷⁰ Para tanto, seria necessário discutir um programa de ensino com o Comitê de Higiene, apresentar relatórios periódicos sobre o funcionamento do

²⁶⁸ “Minuta da 11ª Sessão do Comitê de Higiene, realizado em Genebra, de 28 de outubro a 3 de novembro de 1927”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 01. DAD/COC/ Fiocruz.

²⁶⁹ *Ibidem*.

²⁷⁰ Refere-se ao Curso de Higiene e Saúde Pública criado com a reforma Rocha Vaz, em 1925, cujo ensino seria realizado a partir de um acordo entre a Faculdade de Medicina e o Instituto Oswaldo Cruz. Sobre esta reforma, ver Capítulo 4, item 4.1.

curso, permitir a participação de conferencistas estrangeiros, enviados pelo Comitê e a doação de bolsas de estudos para os médicos não brasileiros.²⁷¹

A segunda proposição se constituiu na aglutinação de diferentes propostas já encaminhadas ao Comitê de Higiene sobre o tema da lepra, tão importante a vários países das Américas do Sul e Central. Sabendo da dificuldade de formar um ideal científico internacional, por conta dos conhecimentos ainda incipientes sobre a doença²⁷² e da dificuldade de uniformizar as ações contra este terrível flagelo, Chagas recomendou a organização de um estudo internacional sobre a lepra. Para tanto, seria necessário promover um espaço de colaboração científica internacional através da criação de um centro de pesquisas.²⁷³ O governo brasileiro asseguraria as verbas necessárias ao seu funcionamento, contando, também, com recursos privados. O Comitê de Higiene ficaria responsável pela indicação de um especialista para estudar o problema no Brasil, devendo arcar com as despesas.

Não por coincidência, Chagas criou no IOC, o Laboratório de Leprologia (LL), em 1927, cuja chefia foi entregue à Souza-Araújo. Ambos, o LL e o CIL possuem a mesma “matriz”, ou seja, o esforço de Chagas para definir a lepra como importante objeto de estudo científico. Acreditamos que a criação do LL esteja ligada à necessidade de demonstrar no cenário científico internacional que a doença merecia cuidados e que no Brasil as atenções estavam preliminarmente sendo oferecidas – prova de que merecia maior atenção, visto a urgência do problema. A criação deste laboratório foi noticiada no Comitê de Higiene, onde afirmaram que Chagas teria constituído “*um centro nacional de pesquisas*”.²⁷⁴

²⁷¹ “Minuta da 11ª Sessão do Comitê de Higiene, realizado em Genebra, de 28 de outubro a 3 de novembro de 1927”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 01. COC/Fiocruz.

²⁷² No Brasil, o que norteava o conhecimento mais moderno sobre a lepra estava recomendado pela legislação em vigor desde 1923. Utilizava-se a Chaulmoogra como terapêutica, o isolamento dos doentes, para evitar o contágio que acreditavam ser direto, de pessoa a pessoa, além do controle dos comunicantes e o exame dos suspeitos.

²⁷³ “Minuta da 11ª Sessão do Comitê de Higiene, realizado em Genebra, de 28 de outubro a 3 de novembro de 1927”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 01. COC/Fiocruz.

²⁷⁴ “Relatório ao Conselho sobre os trabalhos da 13ª sessão do Comitê de Higiene. Genebra, de 25 a 31 de outubro de 1928”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

Como o papel da Organização da Saúde da Liga das Nações era de servir como ligação técnica entre os serviços sanitários, facilitando-lhes a solução dos seus problemas, desde que fossem reconhecidos como internacionalmente importantes, as propostas feitas pelas administrações sanitárias dos países visitados foram encaminhadas para a Assembléia da Liga. A resolução da Assembléia foi muito favorável, indicando que “a realização desses projetos teria por conseqüência a criação de relações entre a obra de higiene da Liga das Nações e a atividade das administrações sanitárias desses países, e constituiria um bom método de desenvolvimento da obra das organizações técnicas da Liga das Nações na América Latina”.²⁷⁵

O Conselho da Liga das Nações precisava ainda obter o parecer do Comitê de Higiene da OSLN, que funcionava também como um órgão consultivo para os assuntos referentes à saúde. Deste Comitê recebeu também um parecer favorável sobre o assunto:

“O Comitê de Higiene,

(...)

Aprova o programa estabelecido para realizar esta colaboração e, em particular, considera que a colaboração técnica com os países da América Latina receba uma base permanente para os arranjos tais quais foram sugeridos pelas autoridades brasileira e argentinas no que diz respeito ao estudo da lepra, do problema da saúde da primeira infância e da organização do ensino superior internacional de higiene;

Ficará feliz em discutir com o Professor Aráoz Alfaro e o Professor Carlos Chagas os detalhes para por em prática os arranjos prévios para estas proposições.

Em antecipação, solicita ao Conselho da Liga das Nações procurar um modo de arranjo com os governos interessados, em virtude daquelas escolas e dos centros de estudos a serem criados na

²⁷⁵ “Relatório sobre os trabalhos da 11ª Sessão do Comitê de Higiene. Genebra, 28 de outubro a 3 de novembro de 1927.” *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

Argentina e no Brasil que poderiam ser colocados sob os auspícios da Liga das Nações. (...)”²⁷⁶

Verifica-se, portanto, que o plano da Organização da Saúde da Liga das Nações para a América do Sul incluía não apenas o interesse pela saúde e bem-estar infantil no Uruguai, mas propunha, também, o apoio para expandir o seguro-saúde naquele país. Na Argentina, aceitou a proposta de organização de um centro de ensino superior de saúde; e no Brasil, as sugestões de fundação de uma escola internacional de saúde pública e a inclusão de pesquisas sobre a lepra foram aprovadas.

Este foi o primeiro momento em que se demonstrou, no âmbito do Comitê de Higiene, interesse por parte da administração sanitária brasileira em instituir aqui um centro de pesquisas voltado exclusivamente para a lepra. A idéia agradou os membros da Liga das Nações, não só pelo centro de pesquisas que foi ofertado pelo governo brasileiro e que seria muito útil para a questão da lepra em todo o mundo, mas também pelas facilidades – especificamente as verbas oferecidas – já previstas no caso de um futuro acordo. A Organização da Saúde constituía um organismo técnico consultivo, que serviria de elo, como foi dito acima, entre as administrações sanitárias de saúde de todo o mundo. Não era seu objetivo a execução de medidas e muito menos o financiamento das propostas oferecidas pelos diversos governos nacionais. Como as propostas eram encaminhadas com a questão das verbas definida, tornava-se muito mais fácil a concretização dos acordos. Ainda assim, foram necessários alguns anos para que o acordo entre a Liga das Nações e o Brasil fosse firmado, e ainda um bom tempo para que, o referido centro entrasse em funcionamento.

A resolução do Conselho da Liga das Nações, na sua sessão de 7 de dezembro de 1927, aprovou as recomendações do Comitê de Higiene em relação à colaboração dos Serviços Sanitários do Brasil com a Liga:

²⁷⁶ “Minuta da 11ª Sessão do Comitê de Higiene. Genebra, 28 de outubro a 3 de novembro de 1927”, p. 176. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 01. DAD/COC/Fiocruz.

“O Conselho convida o Secretário geral a examinar, em consulta com os governos da República Argentina e dos Estados Unidos do Brasil, um modo de arranjo em virtude do qual as escolas e os centros de estudos a serem criados na Argentina e no Brasil possam ser colocados sob os auspícios da Liga das Nações.”²⁷⁷

Em correspondência ao Ministro das Relações Exteriores do Brasil, Otávio Mangabeira, datada de 21 de dezembro de 1927, o Secretário-Geral em função, Joseph Avenol, indicou que as recomendações do Comitê de Higiene relativas a uma colaboração contínua entre os serviços de saúde pública no Brasil e a Organização da Saúde da Liga das Nações foram aprovadas.²⁷⁸ Essa colaboração compreenderia a realização dos dois projetos apresentados, ou seja, a criação de um centro internacional para os estudos sobre a lepra e a organização de um curso superior internacional de saúde sob os auspícios da Liga. Foi sugerido, na correspondência, que o governo brasileiro fizesse as observações e sugestões que julgasse necessárias aos respectivos projetos, para que eles fossem levados adiante.

O Comitê de Higiene se propôs a estudar, em colaboração estreita com Carlos Chagas, as disposições técnicas necessárias para a realização dos projetos, levando-se em consideração as modalidades administrativas pelas quais as instituições supracitadas pudessem ser colocadas sob os auspícios da Liga das Nações²⁷⁹. Chagas intensificou, assim, os entendimentos com a Liga. A troca de correspondências tornou-se mais intensa, de modo a concretizar o acordo. Durante alguns anos foram sendo elaborados projetos para a criação do centro, além de seu estatuto de funcionamento e dos funcionários.²⁸⁰

²⁷⁷ [Correspondência do Secretário Geral da Liga em função, Joseph Avenol, para o Ministro das Relações Exteriores do Brasil, datada de 21 de dezembro de 1927]. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCO CC.06.094. DAD/COC/Fiocruz.

²⁷⁸ *Ibidem*.

²⁷⁹ *Ibidem*.

²⁸⁰ “Regulamento interior e administrativo e estatuto do pessoal do Centro Internacional de Estudos sobre a Lepra. 27 de outubro de 1933”. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCO CC.06.096 DAD/COC/Fiocruz; “Regulamento Financeiro do Centro Internacional de Leprologia. 14 de abril de 1932.” e “Correspondência do Ministro das Relações Exteriores do Brasil ao Presidente do Conselho da Liga das Nações. 15 de abril de 1931”. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCO CC.06.099. DAD/COC/Fiocruz.

A proposta de criação de um curso superior internacional de saúde oferecida pelo governo brasileiro estava baseada na experiência que o Comitê de Higiene já possuía na organização de cursos internacionais que visavam o treinamento de pessoal de saúde, em especial aqueles realizados em Paris e Londres, durante o ano de 1927. Esses cursos foram bastante positivos e geraram boa impressão sobre as administrações de saúde e nos membros do Comitê de Higiene dos países visitados.²⁸¹ As autoridades brasileiras acreditavam que no Rio de Janeiro existiam condições favoráveis para a promoção deste treinamento, já que o Instituto Oswaldo Cruz já oferecia cursos avançados nesta área. No entanto, esta proposta parece ter sido abandonada pelo próprio governo brasileiro, visto que não foi identificada mais nenhuma correspondência sobre o assunto. O tema das escolas superiores de saúde pública no Brasil e na Argentina já não aparece nas resoluções adotadas pelo Comitê de Higiene em sua 13ª sessão, em 1928.²⁸²

Para levar adiante a proposta de criação de um centro de pesquisas sobre a lepra, o Comitê de Higiene da Liga das Nações formou uma comissão de estudos sobre o assunto. A Comissão da Lepra deveria definir o estágio atual da doença pelo mundo, identificando as maiores questões sobre a doença, seu contágio, métodos terapêuticos e de controle, ou seja, os estudos necessários para definir a lepra como um importante problema de saúde que merecesse a criação de um centro internacional de pesquisas. Além disso, deveria definir as atividades que deveriam ser realizadas por este centro.

3.4. – A Comissão da Lepra

Três opiniões foram fundamentais para o reconhecimento da importância da lepra como problema sanitário internacional pelo Comitê de Higiene. A primeira veio por meio

²⁸¹ Cf. “Relatório anual da Organização da Saúde para o ano de 1927”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 04. DAD/COC/Fiocruz.

²⁸² Essa resolução era sobre os avanços em relação à colaboração com os países latino-americanos. “Relatório Anual da Organização da Saúde para o ano de 1928”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 01. DAD/COC/Fiocruz.

dos relatórios apresentados por Carlos Chagas desde abril de 1926, apontando para o caráter de urgência em se definir o poder de contágio da lepra e sua profilaxia. A segunda, através do relatório apresentado pelo Presidente do Comitê de Higiene sobre suas viagens na América Latina e no Extremo-Oriente, em 1927. Durante estas viagens, observou a importância da lepra e ainda recebeu uma sugestão do governo brasileiro para a criação de um centro de pesquisas sobre esta doença. A terceira opinião veio das comunicações realizadas pelos membros do Japão e da Índia, respectivamente Nagayo e Coronel Graham, em 1928, indicando que em seus países o problema da lepra também constituía de grande interesse para os cientistas.²⁸³

Diante das opiniões, que ratificavam a importância internacional do tema da lepra, o Comitê de Higiene deu ao estudo da doença um lugar mais adequado.²⁸⁴ Durante a 12ª Sessão do Comitê de Higiene, realizada em 1928, e aproveitando-se da oportuna presença dos membros particularmente interessados na questão da lepra, notadamente Carlos Chagas (Brasil), Graham (Índia), Nagayo (Japão) e Cumming (EUA), o Comitê de Higiene resolveu criar uma Comissão da Lepra. A Comissão ficaria subordinada à Organização da Saúde da Liga das Nações e tinha Carlos Chagas como presidente.²⁸⁵

O inquérito foi inicialmente dividido em três categorias especiais, que foram assim definidas pela Comissão da Lepra²⁸⁶:

a) *Diagnóstico precoce.*

A Comissão reconheceu que o diagnóstico precoce da doença poderia ser estabelecido de duas maneiras distintas: por meio de métodos clínicos e por métodos biológicos. Sobre o diagnóstico clínico concluiu que seria particularmente urgente oferecer aos médicos um ensino adequado sobre a doença, através de um curso especial. A preparação mais especializada permitiria aos médicos reconhecer mais facilmente a doença

²⁸³ Infelizmente não foram encontradas as comunicações dos membros do Japão e da Índia nos relatórios e minutas pesquisadas, apenas a indicação delas na “Minuta da 12ª sessão do Comitê de Higiene. Genebra, de 30 de abril a 05 de maio de 1928”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 23. DAD/COC/Fiocruz.

²⁸⁴ *Ibidem.*

²⁸⁵ “Extrato do processo-verbal da 22ª. Sessão do Comitê de Higiene da Liga das Nações sobre homenagem póstuma aos membros Leon Bernard e Carlos Chagas”. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOC CC.01.030. DAD/COC/Fiocruz.

²⁸⁶ Estas definições podem ser encontradas no “Relatório Anual da Organização da Saúde para o ano de 1928”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 01. DAD/COC/Fiocruz.

desde o início, visto que seus sintomas poderiam ser confundidos com os de outras dermatites. Quanto aos métodos biológicos de tratamento, seria necessário empreender pesquisas laboratoriais de modo a definir uma reação apropriada que pudesse garantir, sem erros, o diagnóstico da lepra. A ausência de um método biológico seguro de diagnóstico precoce constituiria um grande obstáculo à profilaxia, visto que, em geral, o diagnóstico só era realizado em fases já avançadas da doença, o que determinava que as medidas profiláticas estivessem sempre em atraso;

b) Modos de transmissão da doença.

A Comissão julgou que o estudo da epidemiologia seria indispensável. Sabia-se que era uma doença contagiosa, mas as condições necessárias para se dar o contágio eram ainda desconhecidas. Para tanto, sugeriu a inclusão de estudos complementares no domínio das pesquisas puras e simples, de modo a esclarecer o máximo de dúvidas a respeito da questão. Chagas defendia que era muito importante elucidar o mecanismo de infecção e de contágio da doença, para que fosse possível definir os demais pontos sobre o estudo da lepra;

c) Tratamento.

O tema considerado de maior importância. Para tanto, a Comissão julgava interessante as possibilidades que ofereciam os diversos países para o ensaio dos diferentes métodos de tratamento. Os ésteres do óleo de chaulmoogra²⁸⁷, usados em geral para o tratamento da doença, apresentava, ainda resultados muito variáveis. Seria útil, portanto, apreender todos os conhecimentos sobre os métodos empregados para a preparação e ensaio dos ésteres.

Além destas questões, os membros da Comissão da Lepra ainda destacaram a discussão sobre a questão do isolamento dos doentes que era geralmente empregado como uma forma de profilaxia preventiva já que ainda não era conhecida a forma como se dava o

²⁸⁷ O chaulmoogra era uma planta indiana comumente utilizada para o tratamento dos doentes de lepra por vários séculos. Alguns médicos consideravam-na específica para a doença, mas seus resultados nem sempre eram satisfatórios. Cf. SILVA, J. Ramos e. "A quimioterapia da lepra, o seu estado atual". *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*, 1926:2 (1) 17-28; e PUPO, J. Aguiar. "O óleo de Chaulmoogra e as flacourtiaceas do Brasil". *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*, 1926:2 (3) 1-9.

contágio. Ou seja, acreditava-se que ‘conter o doente’ significaria o mesmo que ‘conter a doença’. Muitos doentes dissimulavam o seu caso, na esperança de fugir de tal medida preventiva. Mas, ao fugir do isolamento, eles estavam fugindo também do tratamento, que segundo a opinião dos membros da Comissão da Lepra, era mais útil quando oferecido no início da doença. Estes membros decidiram, inclusive, manter relações com associações de ajuda aos leprosos que pudessem se interessar nos trabalhos da Comissão.²⁸⁸

Para Carlos Chagas, os esforços empreendidos pela Comissão da Lepra seriam responsáveis não só por sistematizar os métodos mais atualizados em relação à luta contra a doença, mas também influenciaria decisivamente nas pesquisas de novas armas profiláticas contra a lepra. Diante de um problema de cunho tão universal, não teria como, segundo Chagas, “[o tema] continuar a ser estranho às preocupações de um organismo internacional como a Organização da Saúde da Liga das Nações”.²⁸⁹

Ao final da primeira reunião da Comissão de Lepra, Etienne Burnet, do Instituto Pasteur de Tunis, pôs-se à disposição do Comitê de Higiene, tornando-se o secretário técnico desta Comissão.²⁹⁰ Ficou definido que Burnet visitaria diversos países da América Latina onde a lepra era endêmica, de modo a recolher informações que pudessem ser úteis ao inquérito que se pretendia fazer sobre a questão. O interesse apresentado pelo Brasil e pela Argentina em relação aos estudos sobre a lepra era compartilhado pelas administrações sanitárias de outros países da América do Sul, como a Colômbia, o Peru e a Venezuela. Estes cinco países foram os escolhidos para que Burnet recolhesse as informações necessárias durante sua visita à região²⁹¹.

No curso da 13ª sessão do Comitê de Higiene, realizada em outubro de 1928, o Comitê de Higiene adotou a seguinte resolução:

²⁸⁸ “Relatório Anual da Organização da Saúde para o ano de 1928”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 01. DAD/COC/Fiocruz.

²⁸⁹ “Minuta da 12ª Sessão do Comitê de Higiene. Genebra, de 30 de abril a 05 de maio de 1928.” *Fundo Liga das Nações*, Caixa 23. DAD/COC/Fiocruz.

²⁹⁰ Cf. “Relatório ao Conselho sobre os trabalhos da 13ª sessão do Comitê de Higiene. Genebra, de 25 a 31 de outubro de 1928”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

²⁹¹ Embora Burnet só tenha visitado os países da América do Sul, na documentação referente a esta visita sempre encontramos a região citada como “América Latina”.

“O Comitê de Higiene,

“Constata com satisfação o progresso na via de colaboração das administrações sanitárias da América Latina com a obra da Organização da Saúde da Liga das Nações – notadamente no que se refere ao inquérito sobre a mortalidade infantil – assim como a participação da administração sanitária do Uruguai ao estudo do seguro-saúde nos relatórios com a medicina preventiva.

“Aprovou o projeto de estudo sobre a lepra, assim como a extensão aos países da América Latina do inquérito sobre o sorodiagnóstico e sua participação eventual no inquérito sobre o tratamento da sífilis.

“Aprovou a proposição de desenvolver viagens coletivas e de missões individuais em vista de uma colaboração mais estreita com as administrações da América Latina.”²⁹²

Verificamos que a resolução e os últimos acontecimentos relatados sobre o tema da lepra expressam muito bem os avanços em relação à colaboração da Organização da Saúde com os países latino-americanos. Foram necessários alguns anos para que a desejada colaboração com as Américas, expressada desde a 6ª. Reunião do Comitê de Higiene²⁹³, em 1923, pudesse ser viabilizada na região. E ainda levaria mais alguns anos para que um acordo entre as partes se concretizasse. A seguir, apresentamos um relato sobre a viagem empreendida pelo Secretário técnico da Comissão da Lepra, entre os anos de 1929 e 1930, que tinha por objetivo analisar as infra-estruturas existentes pelo mundo para o combate e o controle da lepra, de modo a desenvolver um inquérito específico sobre a doença.

²⁹² Atenção para o fato de que as escolas superiores de saúde pública propostas pelos governos brasileiro e argentino já não aparecem entre as colaborações citadas. “Relatório Anual da Organização da Saúde para o ano de 1928”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 01. DAD/COC/Fiocruz.

²⁹³ “Minuta da 6ª Sessão do Comitê de Higiene. Paris, de 26 de maio a 6 de junho de 1923”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 23. DAD/COC/Fiocruz.

3.4.1. – As viagens científicas de Etienne Burnet

A Comissão de Lepra, da OSLN, determinou que Etienne Burnet fizesse uma série de viagens pela Europa, América e posteriormente a Ásia, com o objetivo de obter não só conhecimentos aprofundados sobre a questão da lepra – claramente seu foco de estudos –, mas também sobre as condições de saúde de modo geral²⁹⁴, o que era do interesse da Liga das Nações.

As viagens começaram na Europa, no início de 1929, onde Burnet visitou diversos centros com o objetivo de discutir certos aspectos dos trabalhos da Comissão da Lepra. Esteve em Londres (Inglaterra), reunindo-se com Leonard Rogers; em Estocolmo (Suécia), esteve com Reenstrierna, um especialista em matéria de lepra; em Bergen (Noruega), encontrou-se com Lie, chefe de uma leprosaria; e em Tartu (Estônia) foi obter detalhes sobre um novo método de tratamento empreendido por Paldrock.

Deixou a Europa em 28 de fevereiro com destino à Venezuela, onde chegou em março de 1929. Na América do Sul, Burnet permaneceu aproximadamente seis meses visitando quase todos os países: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Peru, Uruguai, Paraguai e Venezuela.

Chegando ao Brasil em setembro de 1929, Etienne Burnet foi encarregado de verificar a infra-estrutura disponível para o combate e tratamento da lepra não só na Capital Federal, como também nos Estados de Minas Gerais, São Paulo e Pará, não sendo possível, entretanto, sua ida à região norte do país.²⁹⁵ No Rio de Janeiro conheceu o Laboratório de Leprologia, dirigido por Heraclídes C. de Souza-Araújo, no IOC; a Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas; o Hospital dos Lázaros, ou Frei Antonio, e as primeiras instalações do Leprosário de Curupaiti, em Jacarepaguá. Souza-Araújo o recebeu e acompanhou durante a estada nos Estados de Rio de Janeiro e São

²⁹⁴ A situação sanitária geral dos países visitados seria revelada apenas pelas impressões gerais do cientista, pois, segundo Burnet, não haveria tempo para estudos mais aprofundados. Cf. “Minuta da 14ª sessão do Comitê de Higiene. Genebra, de 2 a 8 de maio de 1929.” *Fundo Liga das Nações*, Caixa 29. DAD/COC/Fiocruz.

²⁹⁵ Cf. *Boletim da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra*. São Paulo, Ano I, nº 6, 30 de setembro de 1929.

Paulo. No último, Burnet conheceu a Inspetoria de Profilaxia da Lepra, o leprosário de Santo Ângelo, o preventório Santa Therezinha e o Instituto de Higiene e, em Minas Gerais, visitou as obras do futuro leprosário de Santa Isabel. Na permanência em São Paulo, não apenas as instituições governamentais foram apresentadas a Burnet, mas também a Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, dirigida por Alice Tibiriçá.²⁹⁶

O Secretário da Comissão da Lepra recolheu em cada país visitado informações importantes sobre a lepra, nos vários aspectos da questão: frequência da doença, dados epidêmicos, legislação, leprosas e dispensários, métodos de tratamento e trabalhos de pesquisas empreendidos nesses países. Verificou, inclusive, a disponibilidade financeira destes países para a criação de centros de pesquisas científicas e para a aplicação prática das pesquisas. Para facilitar uma melhor leitura do problema na região, Burnet dividiu a América do Sul em três regiões: setentrional, que compreende as Guianas, a Venezuela, a Colômbia e o Equador; ocidental, englobando o Peru, a Bolívia e o Chile; e Sudoeste, composta pela Argentina, Uruguai, Paraguai e Brasil.²⁹⁷

Os principais focos da região setentrional estavam na Venezuela e na Colômbia. Em nenhum dos dois países havia sido realizado um recenseamento dos leprosos, mas supunha-se que eram numerosos. Em contrapartida, o Equador apresentava um número muito menor de casos. A sugestão do secretário para a região setentrional era a criação de um único centro para o estudo da lepra que pudesse estender suas atividades às três repúblicas. Na região ocidental, os casos de lepra eram raros, mas para Burnet, também poderiam constituir um centro de pesquisas epidemiológicas.²⁹⁸

Na região Sudoeste, a lepra apresentaria um caráter de urgência tanto na Argentina quanto no Brasil, que já se ocupavam ativamente do problema. No caso brasileiro, a gravidade do tema já estava muito difundida, gerando inclusive ações governamentais.

²⁹⁶ Além dos assuntos relacionados à lepra, Burnet aproveitou a visita à América Latina para dar continuidade também a inquéritos que eram desenvolvidos ao mesmo tempo em outros países, em especial sobre o sorodiagnóstico e o tratamento da sífilis. “Relatório anual da Organização da Saúde para o ano de 1928”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 01. DAD/COC/Fiocruz.

²⁹⁷ Essas informações estão contidas no “Relatório anual da Organização da Saúde para o ano de 1929.” *Fundo Liga das Nações*, Caixa 01. DAD/COC/Fiocruz.

²⁹⁸ *Ibidem*.

Além disso, a importância do Instituto Oswaldo Cruz, dirigido por Carlos Chagas, e da captação de recursos privados para a fundação de um instituto de pesquisas sobre a lepra, foram fundamentais para que Etienne Burnet indicasse o Brasil como a sede de um centro de estudos científicos, epidemiológicos, terapêuticos e experimentais.²⁹⁹ A escolha do Rio de Janeiro como local para a sede do Centro Internacional de Leprologia não constituiu uma questão para a Liga das Nações. No projeto apresentado pelo governo brasileiro em 1927, o local já estava definido e provavelmente foi escolhido por ser a Capital Federal, além de contar com a sede do Instituto Oswaldo Cruz.

No relatório do Comitê de Higiene para o ano de 1929, encontramos a referência da organização de pesquisas sobre a quimioterapia da lepra, no Instituto Oswaldo Cruz, por Carlos Chagas.³⁰⁰ A informação aparece em outros documentos datados de 1928. O Secretário técnico da Comissão da Lepra certamente estava se referindo ao Laboratório de Leprologia, que funcionava sob a chefia do especialista brasileiro Heraclides Cesar de Souza-Araújo desde a sua criação, em 1927, nas dependências do Instituto Oswaldo Cruz.

Encerradas as atividades na América do Sul, Burnet seguiu viagem para Extremo-Oriente³⁰¹, onde foi realizada uma reunião da Comissão de Lepra, em março de 1930. Interessado em demonstrar aos membros da Liga das Nações os avanços obtidos no campo da saúde pública, o governo japonês propusera a realização da reunião em território nipônico.³⁰² Originalmente, essa viagem científica só contemplaria a Europa e a América do Sul. Entretanto, na sessão de maio de 1929, o Dr. Mitsuzo Tsurumi, então membro do Comitê de Higiene, questionou se seria possível estender o estudo realizado por Burnet até o Japão, visto o interesse do país no assunto e as pesquisas já realizadas pelos cientistas japoneses.³⁰³

²⁹⁹ *Ibidem.*

³⁰⁰ *Ibidem.*

³⁰¹ WEINDLING, Paul. “As origens da participação da América Latina na Organização de Saúde da Liga das Nações, 1920-1940”. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, 2006:13 (3) 555-570, p. 564.

³⁰² SOUZA-ARAÚJO, Heraclides Cesar de. “O bello exemplo do Japão no combate à lepra. Sétima conferência, realizada em 14 de janeiro de 1930”. *Boletim da Federação das Sociedades de Assistência aos Lázarus e Defesa contra a Lepra*. São Paulo, 31 de janeiro de 1930. Ano 1, n.10, pp.12-15, p.15.

³⁰³ “Processo verbal da 14ª. Sessão. Genebra, de 2 a 8 de maio de 1929.”, p.10. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 29. DAD/COC/Fiocruz.

Durante sua visita ao Japão, Burnet verificou a citada “liderança” japonesa proporcionada pelas variadas pesquisas já realizadas pelos seus cientistas. Chegou a comentar em seu relatório, a eficiência japonesa nas pesquisas sobre a lepra. A vantagem japonesa diante de tantos outros países deve ter surpreendido o Dr. Burnet. Ao que tudo indica, o médico francês foi o responsável pela sugestão para a criação de um centro internacional de pesquisas leproológicas no Oriente, além daquele proposto para o Brasil. Assim, em 1930, em reunião do Comitê de Higiene, Rajchman deu explicações sobre o programa dos centros de estudo a serem criados no Rio de Janeiro e no Japão, pedindo que a Comissão da Lepra estudasse os detalhes.³⁰⁴ Dois meses depois, na reunião da Comissão da Lepra, realizada em Bangkok, em dezembro de 1930, foram aprovadas as sugestões para a criação dos centros internacionais no Rio de Janeiro³⁰⁵ e em Tóquio, além dos programas de estudos para ambas as entidades.³⁰⁶

É importante salientar que após as informações sobre os programas de estudos para os futuros centros internacionais de lepra, não foi possível encontrar nenhuma outra notícia sobre o centro do Japão nos documentos oficiais do Comitê de Higiene. É provável que motivações políticas tenham cancelado o plano de estabelecer um acordo do Japão com a Liga das Nações. Em 1931, o Japão invadiu a Manchúria, com a desculpa de que precisava de território para seu excedente demográfico.³⁰⁷ Contudo, não se pode perder de vista que a Liga das Nações foi criada com o intuito de preservar a paz e evitar a guerra, principalmente entre os países que assinaram o Tratado de Versalhes. Por conta dessa invasão, o Japão foi bastante criticado na Liga das Nações, o que determinou o abandono da sua cadeira no Conselho da Liga em 1933.

A saída diplomática do Japão do Conselho da Liga das Nações certamente alterou a posição do órgão em relação à proposta de criação de um Centro no Japão. Mesmo o Comitê de Higiene tendo relativa autonomia em relação à nacionalidade dos seus

³⁰⁴ “Resoluções da 16ª Sessão do Comitê de Higiene. Genebra, 29 de setembro a 07 de outubro de 1930” *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

³⁰⁵ Sobre a proposta de criação do Centro de pesquisas no Rio de Janeiro, ver o Capítulo 3.

³⁰⁶ “Minuta da 17ª. sessão do Comitê de Higiene. Genebra, de 4 a 8 de maio de 1931”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

³⁰⁷ Os setores militaristas aproveitaram o descontentamento social criado pelo desemprego, provocado pela grande depressão econômica de 1929, para argumentar que as leis contra a imigração nos estados Unidos e na Europa haviam condenado os japoneses à fome. Acreditavam, assim, que apenas uma expansão territorial poderia amparar seu excedente demográfico.

membros³⁰⁸, os empreendimentos patrocinados pela Liga das Nações dependiam da aprovação da Assembléia e do Conselho para que fossem efetivados. Quando o Japão declarou guerra a Manchúria, o país ficou desprestigiado frente à organização que tinha por objetivo maior a preservação da paz. Diante disso, mesmo com a permanência de um membro japonês no Comitê de Higiene, este não teve forças para dar continuidade à proposta de criação de um centro internacional de pesquisas sobre a lepra em Tóquio, que deu a impressão de ter sido abandonada.

De volta à Europa após sua missão científica na América do Sul, Etienne Burnet apresentou um relatório ao Comitê de Higiene no qual podemos verificar que ele se deteve em alguns pontos.³⁰⁹ Em resumo, percebe que o fato que mais o impressionou sobre a questão foi a extraordinária diversidade das condições existentes, seja de opiniões de médicos e população leiga, seja no emprego de métodos terapêuticos ou profiláticos. Constatou que em certos países não existia uma legislação sobre a lepra, enquanto em outros a legislação estava bem avançada. As medidas preventivas também eram muito variáveis: enquanto havia lugares onde os leprosários não existiam, em outros a prevenção estava baseada unicamente na segregação forçada nos leprosários. E o tratamento quase sempre baseado na utilização do óleo de chaulmoogra e seus derivados.

Alguns elementos, em particular, foram objeto da atenção de Burnet durante suas visitas aos países. Dentre eles estavam: a notificação obrigatória e o isolamento; a segregação dos doentes; o tratamento oferecido; as pesquisas realizadas. As informações recolhidas sobre essas questões variavam muito de um país para o outro. No caso da notificação obrigatória e do isolamento, por exemplo, verificou-se que a maior parte dos países que possuíam uma legislação própria para a lepra prescrevia tanto a notificação como o isolamento dos doentes. Em número muito reduzido encontrou-se, ainda, a determinação legislativa do isolamento compulsório, como era o caso do Brasil que impunha este tipo de isolamento aos seus doentes desde 1920.

³⁰⁸ Carlos Chagas permaneceu no Comitê de Higiene mesmo com a saída do Brasil do Conselho da Liga em 1926.

³⁰⁹ O resumo de seu relatório está no “Relatório Anual da Organização da Saúde para o ano de 1930”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 11. DAD/COC/Fiocruz. O relatório completo da viagem de Secretário técnico da Comissão da lepra à América Latina e o Extremo-Oriente está em “Minuta da 16ª Sessão do Comitê de Higiene. Genebra, 29 de setembro a 07 de outubro de 1930” *Fundo Liga das Nações*, Caixa 01. DAD/COC/Fiocruz.

O tratamento era uma questão que se sobrepunha às demais por conta da urgência que se imprimia ao problema da lepra. Enquanto não fosse encontrado um medicamento capaz de curar a lepra, a doença e o doente continuariam sendo vistos como um grave problema sanitário. Neste momento, o tratamento reconhecido pelos leprologistas era aquele constituído pelo uso do chaulmoogra e seus óleos derivados.³¹⁰ Embora este tipo de tratamento fosse comumente utilizado no Brasil e em muitos outros países – muitas vezes como a única terapêutica – sua eficácia não estava cientificamente comprovada. Os leprologistas continuavam pesquisando novas drogas e realizavam testes medicamentosos nos pacientes internados na busca constante de uma solução que pudesse alterar a realidade de então.

Sobre as pesquisas, Burnet afirmou que elas deveriam ser coordenadas e organizadas de forma a ser orientada para as aplicações práticas. Suas observações deveriam ser posteriormente publicadas, especialmente com o auxílio de uma terminologia universal, ainda a ser definida, auxiliando inclusive no maior contato pessoal entre os especialistas. As pesquisas girariam, principalmente, em torno do diagnóstico clínico e sorológico, do aperfeiçoamento dos remédios tirados do *Hydnocarpus*³¹¹, da comparação e eficácia das diversas formas de tratamento pelo chaulmoogra. Burnet indicava a necessidade de “estabelecer um grande centro de estudos ao mesmo tempo clínicos, bacteriológicos e químicos”.³¹² Para tanto, excluía a possibilidade do centro ser criado na Europa, já que este continente “já não oferece[ia] mais um elevado número de pacientes reunidos sobre um mesmo ponto para constituir utilmente um centro de estudos aplicados”.³¹³

Diante dessas informações apresentadas resumidamente, Burnet concluiu que os leprologistas dos países visitados estavam de acordo sobre a necessidade de se estabelecer uma campanha mundial contra a lepra. Indicavam também a importância da padronização e uniformização das estatísticas da lepra. Eles acreditavam, por fim, que a profilaxia

³¹⁰ DUMAS et al. *Op. cit.*

³¹¹ O *Hydnocarpus* era a planta de onde provinha o Chaulmoogra. Ver DUMAS et al. *op. cit.*

³¹² “Relatório Anual da Organização da Saúde para o ano de 1930”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 11. DAD/COC/Fiocruz.

³¹³ “Relatório Anual da Organização da Saúde para o ano de 1930”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 11. DAD/COC/Fiocruz.

científica da lepra estava ainda no seu início e que encontraria um encorajamento e um apoio na ação internacional que estava por ser empreendida graças à influência de um grupo internacional de especialistas.

A viagem empreendida por Etienne Burnet serviu para avaliar o estado da lepra em várias regiões do mundo. Na América do Sul, verificou sua incidência, epidemiologia, legislação, existência de leprosarias e dispensários, métodos de tratamento. No caso do Brasil, em especial, observou se realmente havia uma aspiração brasileira para o estabelecimento de um centro de pesquisas sobre a lepra no país e se os recursos para tal empreendimento também estariam facilmente disponibilizados. A presença dos recursos do empresário e filantropo Guilherme Guinle foram determinantes para o sucesso do empreendimento que se realizaria mediante o acordo entre a Liga e o Brasil.

3.5. – A filantropia de Guilherme Guinle

Os recursos oferecidos por Guilherme Guinle foram cruciais para que o projeto de criação de um centro de estudos da lepra fosse viabilizado. A sua relação pessoal com Carlos Chagas também foi fundamental para o empreendimento. Mas sua filantropia foi muito além do financiamento voltado para a saúde. Além dos auxílios às Santas Casas de Misericórdia do Rio de Janeiro e de Santos e a Cruz Vermelha Brasileira, Guinle também empregou recursos próprios na Campanha Brasileira da Educação, apoiou a Associação Cristã de Moços, além das faculdades católicas, como as atuais Pontifícia Universidade Católica, do Rio de Janeiro e a Universidade Católica de Petrópolis.³¹⁴

Mas foi o incentivo à ciência que mais se destacou nas doações de Guilherme Guinle. Apoiou o Instituto do Câncer, a Fundação Gaffrée e Guinle, o Centro de Pesquisas da Leishmaniose Visceral, os irmãos Álvaro e Miguel Ozório de Almeida, o Instituto Nacional de Pesquisa, o Instituto de Biofísica, às pesquisas de Evandro Chagas e Walter

³¹⁴ SANGLARD, Gisele Porto, *op. cit.*, p. 81.

Oswaldo Cruz, o Instituto de Microbiologia da Universidade do Brasil e o Centro Internacional de Leprologia.³¹⁵

A amizade com Carlos Chagas, bem como o financiamento às pesquisas realizadas pelo amigo, vinha de longa data. Como nos indica Carlos Chagas Filho, a vida profissional de Chagas esteve intimamente entrelaçada à de Guilherme Guinle.³¹⁶ Dois marcos importantes da vida profissional de Chagas estiveram sob os auspícios de Guinle: o trabalho que realizou em 1905, em Itatinga (SP), sobre o controle da malária e o apoio à criação do Centro Internacional de Leprologia, em 1934, ano da morte do cientista.

Carlos Chagas teve em Guinle, não só um amigo, mas um apoio sempre presente para a realização de parte da política de saúde pública que pretendia realizar no Brasil: “não foi um mero apoio a um amigo, mas um investimento em determinado projeto de salvação nacional e a crença no poder de uma certa ciência, a realizada em Manguinhos”.³¹⁷ Como Diretor de Saúde Pública, de 1920 a 1926, Chagas contou com o apoio de Guinle especialmente nas questões referentes às endemias ditas urbanas: sífilis, câncer e lepra. As três doenças estavam a cargo da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas (IPLDV) criada por Chagas quando da remodelação da estrutura sanitária do país em 1919.

Sobre as duas primeiras doenças – sífilis e câncer – as ações de filantropia de Guinle em relação à saúde pública foram realizadas durante a gestão de Chagas no DNSP, que foram traduzidas na criação de hospitais voltados exclusivamente para os males, no Rio de Janeiro. Em 1924 a Fundação Gaffrée e Guinle, sob a presidência de Guilherme Guinle, deu início às obras do Hospital Gaffrée e Guinle e de seus ambulatórios espalhados pela cidade. Dois anos depois foi a vez do Hospital e do Instituto do Câncer.³¹⁸ Sanglard chama a atenção para o fato de que antes mesmo da criação de hospitais gerais – uma demanda urgente, tanto do governo quanto dos médicos – a filantropia atendeu a uma demanda do diretor do DNSP e dos médicos ligados à IPLDV.³¹⁹

³¹⁵ SANGLARD, Gisele Porto, *op. cit.*, p. 99.

³¹⁶ CHAGAS FILHO, Carlos. *Meu pai*. Rio de Janeiro: COC/Fiocruz, 1993.

³¹⁷ SANGLARD, Gisele Porto, *op. cit.*, p. 81.

³¹⁸ Cf. SANGLARD, Gisele Porto, *op.cit.*, p. 120.

³¹⁹ SANGLARD, Gisele Porto, *op. cit.*, p. 127.

A terceira doença recebeu uma atenção diferenciada de Guinle. Os novos tempos inaugurados com a Revolução de 1930, também sinalizaram uma mudança de atitude na ação do filantropo. Ele continuou apoiando o projeto de saúde pública que fora defendido por Chagas na década anterior quando dirigiu a saúde pública brasileira. A diferença é que as ações de Guinle neste momento estavam mais individualizadas, direcionadas a projetos específicos e não necessariamente ligados às políticas ou ações de governo.³²⁰ É neste período que se insere seu patrocínio para a criação do Centro Internacional de Leprologia.

No caso específico do CIL, a filantropia foi de fundamental importância, visto que a Liga das Nações não arcava com os custos de nenhum empreendimento. Além disso, o governo brasileiro, que desde a década de 1920 vinha diminuindo as verbas referentes à pesquisa científica no IOC, também não poderia arcar sozinho com tais recursos. Foi o patrocínio de Guinle, que permitiu a criação do Centro Internacional de Leprologia.

Durante cinco anos (1934-1939), Guinle contribuiu com uma quantia anual de \$50.000 francos suíços para o funcionamento do Centro. Mas sua atuação não foi só financeira. Guinle também foi eleito presidente do Comitê de Direção do CIL, além de ter estado presente nas primeiras reuniões deste Comitê, onde foram definidas as divisões das atividades que seriam empreendidas pelo Centro, além dos estatutos de funcionários e os que organizam o CIL, assim como na escolha dos mesmos.

3.6. – As negociações para a criação do Centro Internacional de Leprologia no Brasil

Carlos Chagas se empenhou ativamente tanto na reorientação do tema da lepra na discussão da pauta internacional, como também, na consolidação da proposta do governo brasileiro em criar um centro internacional de estudos sobre a lepra, sob os auspícios da Liga das Nações. Conseguiu, ainda, recursos com o filantropo e seu amigo, Guilherme Guinle, para que fosse possível criar o referido centro.

³²⁰ SANGLARD, Gisele Porto, *op. cit.*, p. 10.

O seu tom eloqüente pode ser percebido em um documento que, embora sem identificação, contém importantes informações sobre as razões da criação de um centro de pesquisas sobre a lepra com a concordância da Liga das Nações:

"Todo o esforço nesse sentido, todas as tentativas para se conseguir a cura da lepra serão abençoados, e é urgente que o Comitê de Higiene considere esse ponto com o máximo empenho. Em verdade, trata-se um problema cheio de dificuldades, que têm resistido ao gênio inventivo de grandes pesquisadores, mas, nem por isso deverá a ciência aí parar, quando só dela poderá advir a salvação de numerosas existências, quando só de suas conquistas poderá a humanidade aguardar o fator decisivo de defesa contra o terrível mal. (...) Devo insistir em que a lepra, nas resoluções do Comitê de Higiene, deve ser considerado, acima de tudo, como um grande assunto a ser estudado. Devemos reconhecer que, apesar de sua importância máxima, mas decerto pelas suas imensas dificuldades, esse assunto não tem sido cuidado com persistência, esforço e largos recursos, nos grandes institutos de ciências médicas e experimentais do mundo. E é por isso que a Sociedade das Nações, promovendo, estimulando e facilitando largas pesquisas nesse terreno, realizará obra de incalculáveis benefícios para a humanidade".³²¹

A primeira referência à criação deste Centro de pesquisas no Brasil, como vimos, aconteceu durante a missão de Madsen e Rajchman, respectivamente Presidente e Secretário do Comitê de Higiene. A partir desse momento, Chagas passou a representar ainda mais o elo entre o governo brasileiro e a OSLN, visto que, como autoridade sanitária no Brasil poderia representar seu país apresentando sugestões em relação aos termos do

³²¹ [Não tendo podido comparecer à reunião da comissão da lepra, no Japão...] Documento escrito por Carlos Chagas, sem data, p. 5. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOC CC.06.085. DAD/COC/Fiocruz.

acordo a ser firmado; e como membro do Comitê de Higiene possuía força para tentar aprovar as bases desse acordo durante as reuniões do dito Comitê.

O centro internacional deveria coordenar as pesquisas sobre a lepra, dando prioridade às questões que apresentassem grande importância prática, como a epidemiologia, a terapêutica, a quimioterapia. Além disso, deveria facilitar um acordo entre os leprologistas de modo a criar um programa prático de profilaxia e coordenar as estatísticas relativas aos doentes e ao tratamento da lepra nos leprosários e dispensários. Como centro de trocas de informações e pesquisadores, ele ficaria responsável pela organização das bases dos estudos nos centros internacionais, por recolher informações sobre os casos de lepra, o pessoal médico das colônias de leproso, os tratamentos utilizados, além de favorecer as relações com as sociedades científicas e filantrópicas, e os centros nacionais de pesquisa e terapêutica, como os de Manila, Bergen, Calcutá e Carville.³²²

As negociações para a criação do centro de estudos de lepra no Brasil se intensificaram após a apresentação do relatório de Etienne Burnet ao Comitê de Higiene, em 1930.³²³ Em 24 de setembro de 1930, Chagas foi nomeado pelo governo para representar o Brasil na reunião do Comitê e encarregado de discutir as bases para a criação de um “instituto internacional de estudos sobre a lepra”.³²⁴ A reunião se realizou em outubro, em Genebra, onde Carlos Chagas e Ludwik Rajchman se encontraram para discutir os pontos mais importantes que deveriam ser encaminhados ao Comitê de Higiene.³²⁵ A reunião realizou-se alguns dias antes da “Revolução de Outubro”, quando Getúlio Vargas derrubou o governo Wenceslau Brás e instaurou o chamado Governo Provisório em 3 de outubro de 1930.³²⁶ Chagas chegou, inclusive a comentar com

³²² Sobre essa proposta de Etienne Burnet, ver “Relatório Anual da Organização da Saúde para o ano de 1930.” *Fundo Liga das Nações*, Caixa 11. DAD/COC/Fiocruz.

³²³ “Minuta da 16ª Sessão do Comitê de Higiene. Genebra, 29 de setembro a 07 de outubro de 1930” *Fundo Liga das Nações*, Caixa 01. DAD/COC/Fiocruz.

³²⁴ Conforme aparece no documento “Correspondência do Ministro da Justiça e Negócios Interiores, Augusto Vianna do Castelo enviado à Carlos Chagas, em 24 de setembro de 1930”. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCO CC.03.053. DAD/COC/Fiocruz.

³²⁵ “Correspondência de Rajchman para Chagas. Paris, 17 de outubro de 1930”. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCO CC.06.094. DAD/COC/Fiocruz.

³²⁶ Sobre a Revolução ocorrida no ano de 1930, ver FAUSTO, Boris. *A Revolução de 1930*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1995.

Rajchman sobre "a grande importância da Revolução" quando veio a Genebra discutir o texto para o acordo.³²⁷ Com este comentário político sobre o governo de Getúlio Vargas, Chagas estaria se referindo ao apoio que o novo governo dedicaria à criação e ao funcionamento do CIL.

Em 16 de fevereiro de 1931, Chagas recebe uma correspondência de Frank Boudreau, substituto de Rajchman que estava em missão na China. Ele é parabenizado pelos seus esforços em relação à criação do Centro Internacional de Estudos sobre a Lepra e informado, a pedido de Rajchman, sobre o modelo da carta formal de oferecimento do governo brasileiro que deveria ser enviada ao Presidente do Conselho da Liga das Nações, para que fosse formalizado o acordo entre as partes.³²⁸

Em 15 de abril de 1931 o governo brasileiro envia uma correspondência oficial, por meio do Ministro das Relações Exteriores, Afrânio de Mello Franco, ao Presidente do Conselho da Liga das Nações. Nela são explicitadas as condições nas quais o governo brasileiro se compromete a instituir o *Centro Internacional de Estudos Sobre a Lepra*³²⁹, que seria posto à disposição da Liga das Nações e cuja sede ficaria no Rio de Janeiro. As condições, que serão transcritas abaixo, correspondem ao acordo final proposto pelo governo brasileiro à Liga das Nações para a criação do referido centro:

1. “O Centro terá por objetivo, sob os auspícios da Organização da Saúde da Liga das Nações:

De prosseguir qualquer trabalho suscetível a contribuir para a profilaxia da lepra, para as pesquisas epidemiológicas, clínicas e biológicas, com consideração especial ao tratamento;

³²⁷ “Correspondência de Rajchman para o Secretário Geral Eric Drummond, em 18 de outubro de 1930”. LONA, R.5872/8A/23513/2634 *apud* BOROWY, Iris, *op. cit.*, p. 220.

³²⁸ “Correspondência de Frank Boudreau para Carlos Chagas. Genebra, 16 de fevereiro de 1931.” *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.094. DAD/COCC/Fiocruz.

³²⁹ Na documentação da Liga das Nações em que o referido centro é citado encontramos a denominação, no original, em francês, como “*Centre International d’étude sur la lèpre*”, ou, na tradução, *Centro Internacional de Estudos sobre a Lepra*. Somente durante o seu funcionamento decidiu-se uniformizar o termo e foi determinado que o nas correspondências oficiais que saíssem do próprio centro, em funcionamento, se utilizaria a denominação “Centro Internacional de Leprologia”. Sobre isso, ver Capítulo 4.

E, por um ensino especial aberto aos cientistas, médicos e higienistas dos países que desejarem utilizar-lo, de desenvolver a cooperação universal na luta contra a lepra.

2. O Centro Internacional de Estudos sobre a Lepra será administrado por um Conselho de Administração composto pelos membros em função do Comitê de Higiene da Liga das Nações, agindo a título pessoal, e com, como membro de direito, o membro do Comitê de Direção designado pelo governo brasileiro, agindo igualmente a título pessoal. Os membros do Conselho de Administração deixam de fazer parte quando perdem suas qualidades de membros do dito Comitê. O Conselho de Administração é presidido pelo Presidente do Comitê de Higiene agindo a título pessoal.

3. O governo brasileiro tomará as disposições para fazer reconhecer o Centro Internacional de Estudos sobre a Lepra como fundação autônoma que goza de personalidade civil.

4. As despesas de instalação do Centro Internacional de Estudos sobre a Lepra serão cobertos pelo governo brasileiro que fornecerá, nomeadamente, os locais necessários ao funcionamento da Escola.

As despesas de instalação, de funcionamento e de entrevista do Centro Internacional de Estudos sobre a Lepra serão cobertos por meio de uma subvenção global anual que o governo brasileiro declara fixar em 100.000 francos suíços, dos quais 50.000 são provenientes da contribuição anual que o Sr. Guinle oferece para esta finalidade ao governo.

Essas doações, legados e subvenções provenientes de governos, instituições ou de pessoas privadas poderão ser recebidos pelo Centro Internacional de Estudos sobre a Lepra, em virtude das decisões do Conselho de Administração.

5. A atividade do Centro Internacional de Estudos sobre a Lepra se compromete apenas com sua própria responsabilidade.

Nem a Liga das Nações, nem o Estado brasileiro não assume a responsabilidade civil financeira ou outra, qualquer que seja, do fato do funcionamento ou da gestão do Centro Internacional de Estudos sobre a Lepra. Contudo, no caso dos especialistas serão comprometidos em vista dos estudos sobre a lepra após aprovação do Comitê de Higiene, a Liga das Nações poderá contribuir, sob a proposição deste Comitê, às custas de suas viagens e indenizações até a concorrência anual de no máximo 50.000 francos suíços.

As somas destinadas a assegurar as despesas de funcionamento e de entrevista do Centro serão vertidos cada ano, semestralmente e por antecipação, de 1º de janeiro a 1º de julho, á uma banca designada de comum acordo pelo Secretário Geral da Liga das Nações e o governo brasileiro. Eles deixaram a banca progressivamente às necessidades, sob o mandato de pessoas qualificadas para este efeito pelo Conselho de Administração.

6. O governo brasileiro se reserva o direito de propor à aceitação do Conselho da Liga das Nações e se declara pestes a examinar, em caso vencível, à demanda do dito Conselho, toda modificação às presentes condições cuja experiência se mostrar útil.

7. O governo brasileiro toma o presente compromisso por um período de cinco anos. Doze meses antes da expiração deste termo, tanto o governo brasileiro quanto a Liga das Nações poderá propor a prorrogação ou a renovação deste compromisso”.³³⁰

³³⁰ “Correspondência do Ministro das Relações Exteriores do Brasil ao Presidente do Conselho da Liga das Nações, datada de 15 de abril de 1931”. Tradução Livre. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOC CC.06.099 DAD/COC/Fiocruz.

Em anexo à correspondência que formalizava o acordo estava o estatuto do novo centro de pesquisas. Contendo 12 artigos, o *Estatuto Orgânico* dividiu o Centro Internacional de Estudos sobre a Lepra em três órgãos, sendo um Conselho de Administração, um Comitê de Direção e o Diretor:

“Artigo 1 - Um centro internacional de estudos sobre a lepra, posto á disposição da Liga das Nações, foi fundado no Rio de Janeiro pelo governo brasileiro, conforme os termos da sua carta ao Presidente do Conselho da Liga das Nações datada de 15 de abril de 1931.

Artigo 2 - O Centro tem por objetivo, sob os auspícios da Organização da Saúde da Liga das Nações:

De prosseguir qualquer trabalho suscetível a contribuir para a profilaxia da lepra, para as pesquisas epidemiológicas, clínicas e biológicas, com consideração especial ao tratamento;

E, por um ensino especial aberto aos cientistas, médicos e higienistas dos países que desejarem utilizar-lo, de desenvolver a cooperação universal na luta contra a lepra.

Artigo 3 - Os órgãos do Centro Internacional de Estudos sobre a Lepra são:

1. O Conselho de Administração
2. O Comitê de Direção
3. O Diretor

Artigo 4 - O Conselho de Administração composto pelos membros em função do Comitê de Higiene da Liga das Nações, agindo a título pessoal, e com, como membro de direito, o membro do Comitê de Direção designado pelo governo brasileiro, agindo igualmente a título pessoal. Os membros do Conselho de Administração deixam de fazer parte quando perdem suas qualidades de membros do dito Comitê. O

Conselho de Administração é presidido pelo Presidente do Comitê de Higiene agindo a título pessoal.

Artigo 5 - O Comitê de Direção compreende 7 membros, agindo a título pessoal. Formam o Comitê de Direção: como Presidente, um membro designado pelo governo brasileiro (este último designado como primeiro titular Sr. Guinle); o diretor do Diretor do Serviço Federal de Saúde Pública do Brasil; o diretor do Instituto Oswaldo Cruz, um membro designado pelo Secretário Geral da Liga das Nações e três membros naturais de países da América do Sul, designados pelo Conselho de Administração, após consulta do Diretor do Serviço Nacional de Saúde Pública do Brasil e do Diretor do Instituto Oswaldo Cruz.

A organização e o funcionamento do Comitê de Direção, assim como a duração dos mandatos dos seus membros, serão determinados pelo Conselho da Administração, sob reserva das disposições do presente Estatuto.

Artigo 6 - O Diretor médico da Seção de Higiene do Secretariado da Liga das Nações será o Secretário do Conselho de Administração.

Artigo 7 - O funcionamento do Centro está assegurado por um pessoal remunerado, compreendendo:

O Diretor, de nacionalidade brasileira, nomeado pelo Conselho de Administração, com a aprovação do governo brasileiro e cujas atribuições serão definidas pelo Conselho de Administração; os funcionários e técnicos nomeados pelo Comitê de Direção e os agentes subalternos e pessoal de serviços nomeados pelo Diretor.

O Conselho de Administração elaborará um estatuto regulamentando a situação do pessoal.

Artigo 8 - O Centro Internacional de Estudos sobre a Lepra será representado na justiça e cujos atos da via civil pelo presidente ou, em

casos de impeachment deste, pelo vice-presidente do Conselho de Administração.

Contudo, este Conselho pode delegar ao Diretor parte ou todos os poderes que lhe pertence, nos termos deste artigo, ao seu Presidente.

Artigo 9 - Sobre a proposição do Comitê de Direção, o Conselho de Administração aprova o orçamento anual do Centro no limite da subvenção acordada pelo governo brasileiro, eventualmente aumentando os recursos provenientes de outras origens e aprovando as despesas comprometidas.

Artigo 10 - Todas as disposições necessárias à atividade e ao funcionamento do Centro serão preparados pelo Conselho de Administração em um regulamento interior que determinará nomeadamente os poderes do Comitê de Direção, sob a reserva do presente estatuto.

O Centro gozará dos privilégios e imunidades diplomáticas. O Conselho de Administração determinará, pela decisão aprovada pelo governo brasileiro, os membros do pessoal do Centro que se beneficiarão destes privilégios de imunidade.

Artigo 11 - Conselho de Administração estabelecerá um regulamento financeiro a respeito da gestão das finanças do Centro, notadamente a elaboração do orçamento, a apresentação e o emprego dos fundos, a colocação dos capitais, a contabilidade e o controle.

O regulamento relativo ao regime financeiro do Centro será produzido pelo Conselho de Administração, sob a proposição do Comitê de Direção.

Artigo 12 - Um relatório técnico, administrativo e financeiro relativo às atividades do Centro, será endereçado, todo ano, pelo Conselho de Administração ao Conselho da Liga das Nações e ao governo brasileiro, que o comunicará ao Parlamento brasileiro. Este

relatório será comunicado à todos os membros da Liga das Nações”.³³¹

A correspondência acima transcrita, bem como a proposta para o *Estatuto Orgânico*, também transcritos na íntegra, foram enviados à Genebra em 15 de abril de 1931.³³² A intenção era que as questões fossem discutidas durante a próxima sessão do Conselho da Liga das Nações. Entretanto, a carta não chegou a tempo e o acordo só foi discutido na sessão seguinte.³³³ Rajchman, demonstrando a proximidade e o apreço à Chagas – o que pode ser observado pela seqüência de cartas trocadas entre ambos, algumas inclusive de cunho pessoal – fez questão de avisar diretamente a Chagas, em 08 de junho de 1931, por meio de uma correspondência, sobre o atraso da carta enviada pelo Ministro das Relações Exteriores do Brasil, de 15 de abril, e a conseqüente transferência da discussão do assunto para a sessão seguinte.³³⁴

Na 64ª sessão do Conselho da Liga das Nações, realizada em 1º de setembro de 1931, foi, enfim discutida a oferta do governo brasileiro em relação ao estabelecimento de um Centro Internacional de Estudos sobre a Lepra. O relator da sessão, o irlandês M. MacGilligan, sugeriu que as particularidades da oferta brasileira foram inspiradas nas ofertas do governo francês e italiano, aceitas pelo Conselho e que conduziram ao estabelecimento dos seguintes institutos: o Instituto Internacional de Cooperação Intelectual, o Instituto Internacional para a Unificação do Direito Privado e o Instituto Internacional Educacional e Cinematográfico.³³⁵ O Centro Internacional de Estudos sobre a Lepra teria status jurídico distinto dentro da Liga das Nações; ou seja, embora fosse criado

³³¹ “Correspondência do Ministro das Relações Exteriores do Brasil ao Presidente do Conselho da Liga das Nações, datada de 15 de abril de 1931”. Tradução Livre. *Fundo Carlos Chagas*. BR RCOC CC.06.099. DAD/COC/Fiocruz.

³³² Escolhemos pela transcrição dos documentos acima referidos neste capítulo porque esta questão só será aprofundada Capítulo 4. Entretanto achamos importante apresentar na íntegra os estatutos que foram a base para o funcionamento do Centro Internacional de Leprologia.

³³³ “Correspondência de Eric Drummond para Afrânio de Mello Franco, Genebra, 30 de maio de 1931”. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC CC.06.094. DAD/COC/Fiocruz.

³³⁴ “Correspondência de Rajchman para Carlos Chagas. Genebra, 08 de junho de 1931”. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC CC.06.094. DAD/COC/Fiocruz.

³³⁵ Cf. “Oferta do governo brasileiro em relação ao estabelecimento de um Centro internacional para o estudo da lepra. Extrato da Minuta da reunião da 64ª. Sessão do Conselho, realizada em 1º de setembro de 1931.”. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC CC.06.099. DAD/COC/Fiocruz.

sob o apoio da Liga das Nações, a organização internacional não teria nenhuma responsabilidade sobre suas atividades. As despesas referentes à sua instalação e ao seu custeio seriam provenientes de subvenções do governo brasileiro. A Liga das Nações não assumiu nenhuma responsabilidade financeira e a Assembléia continuaria livre para decidir em cada caso quanto a Liga poderia contribuir nas despesas de viagem dos especialistas que trabalhariam no CIL contribuindo para as pesquisas leproológicas. Além disso, MacGillian chama a atenção dos membros do Conselho de que a proposição brasileira constituiria de grande interesse para os trabalhos que a Liga das Nações vinha empreendendo nos domínios da saúde e da luta contra essa doença.

O Conselho da Liga das Nações resolveu adotar a seguinte resolução que formaliza o aceite da Liga das Nações sobre a oferta do governo brasileiro:

“O Conselho,

“Adota o relatório do representante dos Estados Livres da Irlanda e aceita a oferta que foi formulada pelo governo brasileiro na carta de 15 de abril de 1931 e do estatuto em anexo;

“Pede ao Secretário Geral de levar a presente resolução bem como o referido relatório, ao conhecimento do governo brasileiro e, exprimem a este governo os vivos agradecimentos do Conselho, assinalar-lhe o valor muito especial que uniu este último à generosa iniciativa do Brasil.”³³⁶

Estavam assim estabelecidas as bases do acordo internacional proposto pelo governo brasileiro e aceito pela Liga das Nações em relação à criação de um centro de leprologia no Brasil. A reputação científica e a dedicação ao tema fizeram de Chagas o principal personagem na história do Centro Internacional de Leprologia. Arregimentou

³³⁶ “Oferta do governo brasileiro em relação ao estabelecimento de um Centro internacional para o estudo da lepra. Extrato da Minuta da reunião da 64ª. Sessão do Conselho, realizada em 1º de setembro de 1931.”. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOC CC.06.099. DAD/COC/Fiocruz.

esforços financeiros federais e privados para a consolidação de um projeto nacional, que, diante de sua atuação no Comitê de Higiene, foi transformado em uma questão também no plano internacional. Muito além da necessidade da Liga das Nações em se fazer presente nas Américas, foi o Brasil, através da presença de Chagas no Comitê de Higiene, que captar para o nosso país uma cooperação internacional em saúde sem precedentes. Todavia, a inauguração do CIL só ocorreu em 1934, poucos meses antes da morte de seu idealizador e diretor, Carlos Chagas

Capítulo 4

CARLOS CHAGAS E O CENTRO INTERNACIONAL DE LEPROLOGIA: DA ORGANIZAÇÃO AO FUNCIONAMENTO

“(...) a lepra é, acima de tudo, um problema de estudo, oferecido à curiosidade e à penetração de pesquisadores de gênio, que nele devem empenhar o máximo de esforços a fim de esclarecer aspectos biológicos fundamentais. Muitas vezes disse eu, e agora repito, que o método profilático atual, mesmo aplicado com todo rigor da técnica moderna, mesmo executado sem falhas ou esmorecimento, não tende às exigências humanas, neste vasto capítulo da medicina preventiva. Pesquisas epidemiológicas, indagações etiopatogênicas, estudos de imunologia e, principalmente, novos inventos curativos constituem um vasto programa de estudos, a ser executado em larga cooperação intelectual por todos os países cultos.”³³⁷ (Carlos Chagas, 1934)

Aos 55 anos, completados em julho de 1934, Carlos Chagas tinha uma intensa rotina de trabalho. Além de acumular a direção do Instituto Oswaldo Cruz, com a direção

³³⁷ “Centro Internacional de Leprologia. Sua inauguração ontem no Itamaraty – os discursos proferidos pelos Srs. Guilherme Guinle, Professor Burnet e Carlos Chagas”. Em discurso proferido na inauguração do Centro Internacional de Leprologia, que ocorreu no Palácio Itamaraty, em 20 de abril de 1934. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOC CC.01.004. DAD/COC/Fiocruz.

do Centro Internacional de Leprologia – cargo que lhe foi confiado em novembro de 1933 – Chagas continuava exercendo atividades clínicas e laboratoriais. Realizava, ainda, pesquisas em torno da doença que descobriu no interior do país – a tripanossomíase americana – na tentativa de resolver questões que motivaram uma ampla discussão acadêmica na década anterior.³³⁸ Além disso, se preocupava com as questões administrativas dos órgãos que dirigia, em especial, a organização e o funcionamento do centro de pesquisas leproológicas, que acabara de ser inaugurado no Rio de Janeiro, com o apoio da Liga das Nações.

Subitamente, no dia 08 de novembro de 1934, depois de cumprir um dia normal de trabalho, Carlos Chagas morreu. Conforme nos informou seu filho, no livro biográfico que escreveu sobre Chagas, ele teria falecido repentinamente após reclamar de dores no coração.³³⁹ Além da viúva, D. Íris Chagas Lobo, e dos filhos Carlos e Evandro, Chagas deixou órfãos também os dois institutos que dirigia: o IOC, que se desenvolvera muito durante os 14 anos de sua gestão, amanheceria sem seu diretor; e o CIL, que perderia não apenas seu diretor, mas principalmente seu idealizador e organizador.

Neste capítulo veremos a atuação de Carlos Chagas na direção do IOC bem como sua atuação específica na montagem da estrutura organizacional do Centro Internacional de Leprologia. Durante seu mandato no IOC (1917-1934), Chagas realizou uma intensa reorganização das atividades, iniciando, inclusive, atividades de pesquisa voltadas para o problema da lepra – cujo crescimento vinha despertando o interesse da classe médica e dos sanitaristas brasileiros. No CIL, seu comprometimento pessoal e seu reconhecimento profissional permitiram que tal empreendimento fosse concretizado. Sua nomeação como diretor do Centro, em novembro de 1933, veio confirmar sua liderança na realização do projeto e o reconhecimento de seu empenho na exaltação do tema da lepra no cenário nacional e internacional.³⁴⁰

³³⁸ Sobre a polêmica que se deu na Academia Nacional de Medicina ver KROPF, Simone Petraglia, *op. cit.*, especialmente o capítulo 4.

³³⁹ Segundo Chagas Filho, muitos teriam especulado sobre a possibilidade de Chagas ter sofrido ataques cardíacos motivados pela tripanossomíase americana. CHAGAS FILHO, Carlos, *op. cit.*, pp. 264-265.

³⁴⁰ “Relatório ao Conselho sobre os trabalhos da 20ª. Sessão do Comitê de Higiene, realizada de 27 de outubro a 1º de novembro de 1933.” *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

Com o CIL inaugurado em 20 de abril de 1934, o programa de atividades estabelecido fora em grande parte idealizado por Chagas – enquanto diretor do Centro – e pelos demais membros do Comitê de Direção. Embora inaugurado em ato solene neste dia, o CIL teve alterada a data de sua origem. O governo brasileiro preferiu adotar a data da publicação do decreto presidencial que aprovou os estatutos do Centro, como a data oficial de sua criação.³⁴¹ Além dessa mudança, encontramos uma correspondência enviada por Guilherme Guinle ao Ministro da Educação e Saúde Pública, sugerindo que, por “conveniência e precisão de linguagem”, fosse alterada a designação do Centro. Apesar de ter sido constituído sob a denominação de “Centro Internacional de Estudos sobre a Lepra” – no original, em francês, *Centre international d'études sur la lèpre* – o Comitê de Direção do Centro concluiu que seria melhor utilizar uma designação mais concisa, recomendando que fosse adotado “Centro Internacional de Leprologia” nos atos e documentos oficiais.³⁴² Embora o documento não tenha data, percebemos que a sugestão foi aceita pelo governo brasileiro ainda durante as negociações para a criação do Centro, visto que no próprio decreto que aprovou seus estatutos, citado acima, já constasse o nome sugerido pelo Conselho Diretor.³⁴³

O CIL funcionou no primeiro ano em instalações cedidas pelo IOC, mas as dificuldades financeiras pelas quais passou o instituto, crescentes após a morte de Chagas, determinaram a transferência do Centro para sua nova sede, instalada em salas e laboratórios da Fundação Gaffrée e Guinle. As atividades do CIL previam também o funcionamento de dois subcentros, um no Hospital-Colônia de Curupaiti (RJ) e outro no Leprosário de Santa Isabel (MG). Nesses leprosários seriam realizados testes terapêuticos nos pacientes internados. O Centro Internacional de Leprologia deveria ter um papel relevante no campo da leprologia: o de ser gerador de conhecimento. Entre seus objetivos

³⁴¹ A informação sobre a sanção do governo federal foi declarada pelo Comitê de Direção durante sua reunião de 05 de setembro de 1934. Ver Relatório Administrativo, técnico e financeiro do Diretor do Centro, aprovado pelo Comitê de Direção em sua reunião de 05 de setembro de 1935. *Fundo Instituto Oswaldo Cruz, Seção Departamento de Medicina Tropical, Subseção Laboratório de Hanseníase*, Caixa 49, maço 3. DAD/COC/Fiocruz. Para o decreto 24.385, de 12 de junho de 1934. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=26853>. Acesso em: 05 fev. 2010.

³⁴² Por esse motivo, em todo o trabalho foi utilizada a nomenclatura adotada pelo governo brasileiro. Decreto 24.385, de 12/06/1934, Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=26853>. Acesso em: 05 fev. 2010.

³⁴³ “Relatório de frequência dos funcionários da 1ª Seção do CIL, de 31 de maio de 1934”, assinado por Souza-Araújo também já consta o nome “Centro Internacional de Leprologia” no papel timbrado. *Fundo Carlos Chagas*. BR COC CC.06.050. DAD/COC/Fiocruz.

estaria o desenvolvimento da profilaxia da doença, através das atividades de pesquisa, além da atenção dedicada à busca de resultados no tratamento dos doentes; visava ainda promover, por meio do ensino e da publicação de uma revista, a divulgação das atualizações sobre os conhecimentos da doença.

É importante esclarecer que o CIL era uma instituição científica, voltada especificamente para a pesquisa sobre a lepra. Não estava entre as suas funções, em princípio, determinar as ações que deveriam ser empreendidas pelo governo federal aos doentes de lepra, fosse durante o pouco tempo em que coexistiu com a IPLDV – que foi extinta na reforma empreendida por Washington Pires em junho de 1934³⁴⁴ - ou durante a aplicação do plano nacional de combate à lepra, estabelecido por Gustavo Capanema a partir de 1935.³⁴⁵ Essas questões eram importantes apenas nas suas ligações com os dados da ciência. O Centro era um organismo destinado à convergência de esforços internacionais em torno do problema da lepra com a finalidade de buscar respostas às “incógnitas que nele perduram, e dificultam, e impossibilitam o êxito definitivo da luta contra a doença maldita”³⁴⁶.

4.1. – Carlos Chagas e o Instituto Oswaldo Cruz: modernização dos serviços sanitários.

Ao assumir a direção de um instituto consagrado substituindo Oswaldo Cruz, Carlos Chagas iniciou, ao lado de outros cientistas e sanitaristas, um combativo movimento pela modernização dos serviços sanitários do país. Durante sua gestão, procurou dar continuidade ao trabalho de seu antecessor, principalmente ao manter o instituto à

³⁴⁴ BRASIL, Coleção de Leis, 1934, vol. 3, pp. 647-649. Decreto nº. 24.438, de 21 de junho de 1934.

³⁴⁵ BARRETO, João de Barros. “Organização moderna da luta contra a lepra: A campanha no Brasil.” *Arquivos de Higiene*, 1938:8 (2) 245-261. Tanto a IPLDV quanto o plano nacional de combate à lepra foram tratados no capítulo 2.

³⁴⁶ “Centro Internacional de Leprologia. Sua inauguração ontem no Itamaraty – os discursos proferidos pelos Srs. Guilherme Guinle, Professor Burnet e Carlos Chagas”. Discurso de Chagas na inauguração do CIL. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.01.004. DAD/COC/Fiocruz.

semelhança do Instituto Pasteur de Paris, cujas características eram a autonomia financeira e administrativa e a articulação entre pesquisa, produção e ensino³⁴⁷ – características que Chagas também levou para o funcionamento do CIL.

Em 1918, a crise sanitária promovida pela epidemia de gripe espanhola evidenciou a insuficiência dos serviços de saúde oferecidos pelo governo. Após o convite do então presidente da República, Wenceslau Brás, Chagas liderou a campanha para combater a gripe espanhola no Rio de Janeiro, colocando em funcionamento cinco hospitais emergenciais e 27 postos de atendimento à população. O sucesso de sua atuação teria motivado o Presidente Epitácio Pessoa a nomear Chagas, em 1919, para reorganizar a saúde pública federal através da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP).³⁴⁸ Chagas ficou à frente das questões sanitárias do país, dirigindo não só o IOC, mas também ditando as diretrizes da saúde na esfera nacional. Designado chefe do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que substituiu a antiga DGSP, a partir de 02 de janeiro de 1920, Chagas ampliou o poder de intervenção e regulação da União no campo da saúde pública e organizou os primeiros serviços especializados de combate às doenças, entre elas a tuberculose e a lepra.³⁴⁹ O regulamento do DNSP foi elaborado por Carlos Chagas e sofreu sucessivas alterações até ganhar sua forma definitiva em 1923, já no governo de Arthur Bernardes.³⁵⁰ Chagas permaneceu na chefia do DNSP até 1926.

A reforma sanitária realizada na década de 1920, também atingiu o IOC. Na sua reestruturação interna, promovida na gestão de Chagas, o instituto ganhou novas

³⁴⁷ Ver: BENCHIMOL, Jaime Larry (coordenador). *Manguinhos do sonho à vida – A ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: COC, 1990; STEPAN, Nancy. *Gênese e evolução da ciência brasileira: Oswaldo Cruz e a política de investigação científica e médica*. Rio de Janeiro: Editora Artenova, 1976.

³⁴⁸ Sobre a Gripe espanhola, ver GOULART, Adriana da Costa. “Um cenário mefistofélico: a gripe espanhola no Rio de Janeiro”. Dissertação de Mestrado. Niterói: UFF, 2003; SOUZA, Christiane Maria Cruz de. “A epidemia de gripe espanhola: um desafio à medicina baiana”. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, 2008;15 (4) 945-972.

³⁴⁹ Decreto n. 3.987, de 02 de janeiro de 1920. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=48173> Acesso em: 10 mar. 2010.

³⁵⁰ O regulamento sanitário de 1920 foi aprovado pelo decreto nº. 14.189, de 26/05/1920, (<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=47956>). Este foi substituído pelo de nº. 14.354, de 15/09/1920 (<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=53975>), e ainda modificado pelo decreto nº. 15.003, de 15/09/1921, (<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=45892>). Por fim, o regulamento sanitário federal foi alterado pelo decreto nº. 16.300, de 31/12/1923 BRASIL, Coleção de Leis, 1923, vol. 3, p. 581. Decreto nº. 16.300, de 31 de dezembro de 1923. Este último permaneceu sem alterações mesmo depois da extinção do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1934. Acessos em 10 mar. 2010.

atribuições, mas sem perder sua autonomia administrativa e financeira.³⁵¹ Dentre essas novidades estava a criação da Seção de Química Aplicada, que teria a função de executar os trabalhos do Serviço de Medicamentos Oficiais, que foi criado em 1º de maio de 1918, através do decreto 13.000, para preparar e fornecer a quinina – único profilático conhecido para a malária – por todo o território nacional.³⁵² Mas a seção, que possuía pessoal e verbas independentes, desenvolveu outros produtos além dos sais e comprimidos de quinina: o tártaro emético, desenvolvido por Gaspar Vianna para o tratamento da leishmaniose, e o Sorosol para o tratamento para a sífilis, entre outros. A Seção de Química Aplicada inaugurou em Maguinhos uma forma diferenciada de produção dos profiláticos da que era realizada até então: antes os imunobiológicos (soros e vacinas) eram desenvolvidos a partir de reações de imunidades; com a criação da seção, o IOC passou também a desenvolver produtos através de processos químicos.³⁵³

Em 1924, já ocupando os laboratórios do prédio conhecido por *Quinino*³⁵⁴, a Seção de Química Aplicada passou também a produzir os ésteres de chaulmoogra para o tratamento da lepra³⁵⁵. No ano seguinte, o setor passou a analisar, também, os óleos vegetais de dezenas de espécies botânicas brasileiras³⁵⁶, na tentativa de encontrar novas matérias-primas nacionais para o tratamento da doença, visto ser a importação do chaulmoogra de custo muito elevado.³⁵⁷ O óleo de chaulmoogra e seus derivados eram distribuídos à Inspetoria de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, ao Serviço Sanitário

³⁵¹ O Parágrafo único do Artigo 2 do Decreto 3.987, de 02/01/1920, informa claramente essa situação autônoma do IOC, indicando, inclusive, os serviços que realizaria em nome do DNSP. Disponível em: (<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=48173>) Acesso em: 10 mar. 2010.

³⁵² Decreto nº. 13.000, de 01/05/1918. Disponível em: (<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=50661>) Acesso em: 10 mar. 2010.

³⁵³ BENCHIMOL, Jaime Larry (coordenador). *Manguinhos do sonho à vida – A ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: COC, 1990; STEPAN, Nancy. *Gênese e evolução da ciência brasileira: Oswaldo Cruz e a política de investigação científica e médica*. Rio de Janeiro: Editora Artenova, 1976.

³⁵⁴ O prédio do Quinino foi concluído em 1922, quando, enfim foi instalado os Serviços de Química Aplicada. INSTITUTO OSWALDO CRUZ. *Relatório das atividades executadas no ano de 1922*. Rio de Janeiro: IOC, 1922.

³⁵⁵ INSTITUTO OSWALDO CRUZ. *Relatório das atividades executadas no ano de 1924*. Rio de Janeiro: IOC, 1924.

³⁵⁶ INSTITUTO OSWALDO CRUZ. *Relatório das atividades executadas no ano de 1925*. Rio de Janeiro: IOC, 1925.

³⁵⁷ Segundo Chagas Filho, o alto custo de importação da chaulmoogra indiana teria sido o maior motivo para que seu pai propusesse a produção local, de modo a intensificar seu uso e favorecer a pesquisa de substâncias equivalentes na flora brasileira. CHAGAS FILHO, Carlos, *op. cit.*, pp. 258.

de São Paulo, além da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e à Secretaria de Saúde Pública de Minas Gerais, como também a laboratórios particulares, que encomendavam o produto para manipulá-lo e vendê-lo com novos nomes.³⁵⁸

Além das renovações na saúde pública e em Manguinhos, Chagas também foi responsável pela aproximação do IOC com a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Sua intenção era permitir que os estudantes de medicina tivessem uma visão mais global das atividades realizadas num instituto de pesquisas, ou seja, que o ensino médico também fosse um espaço de pesquisa e não somente um lugar para treinamento profissional. Segundo Benchimol, a reforma educacional promovida por Rocha Vaz, em 1925³⁵⁹ – a última da Primeira República – teria suscitado muitas controvérsias no seio da comunidade médica. Essa reforma incluiu na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro a cadeira de Doenças Tropicais que foi ocupada por Chagas, em maio de 1925, e, ainda, um curso de higiene e saúde pública que era ministrado por pesquisadores do IOC, que recebiam gratificações *pro labore* pagas com a renda de Manguinhos, que advinha da venda de produtos desenvolvidos e patenteados por seus pesquisadores, o que garantia a autonomia financeira do IOC.³⁶⁰ Simone Kropf enfatiza ainda que a existência desse espaço representava uma vitória do IOC – e, conseqüentemente de Chagas, seu diretor – sobre as freqüentes disputas que ocorriam com a classe médica. A inclusão da cadeira de Medicina Tropical indicava não somente uma vitória em termos teóricos, por conseguir introduzir a especialidade no currículo médico, mas também política, visto que interferiu na formação oferecida pela principal escola médica do país.³⁶¹

³⁵⁸ Cf. DUMAS, Fernando Sergio; SOUZA, Letícia Pumar Alves de; e SIANI, Antonio Carlos. *op. cit.*, p. 39.

³⁵⁹ Através da reforma promovida em 1925 pelo Ministério da Justiça e Negócios Interiores e realizada na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro pelo seu diretor, Juvenil da Rocha Vaz, foi criada a cadeira de Medicina Tropical. Tal disciplina seria um complemento obrigatório aos estudantes que tivessem concluído os estudos naquela escola. Essa reforma estabeleceu, ainda, o concurso da União para a difusão do ensino primário, organizou o Departamento Nacional do Ensino, reformou o ensino secundário e o superior e deu outras providências. Ver Decreto nº. 16.782, de 13/01/1925. Disponível em: (<http://www6.senado.gov.br/legislacao/DetalhaDocumento.action?id=45116&titulo=DEC%2016782-A%20de%2013/01/1925%20-%20-%20DECRETO>) Acesso em: 05 fev. 2010.

³⁶⁰ BENCHIMOL, Jaime Larry (coordenador). *Manguinhos do sonho à vida – A ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: COC, 1990, p.64-65.

³⁶¹ Caberiam ao IOC as decisões sobre os conteúdos do curso, a nomeação de professores e as questões regimentais. KROPF, Simone Petraglia, *op. cit.*, p. 268.

Embora o momento em que Chagas esteve na direção de Manguinhos tenha sido de expansão das atividades de pesquisa e produção desenvolvidas no Instituto, motivadas especialmente pelo DNSP, também foi um período em que o quadro financeiro do IOC passava por uma crescente limitação, diante das insuficientes dotações orçamentárias. A proximidade com o fim da década de 1920 agravou ainda mais a situação, em especial por conta da crise econômica de 1929. A criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), em 14 de novembro de 1930³⁶², no Governo Provisório, alterou o organograma do IOC, transferindo-o do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, para o novo MESP. Esse era o primeiro sinal das profundas alterações pelas quais passaria o Instituto. Em 1º de dezembro de 1930, o IOC passou a denominar-se Departamento Nacional de Medicina Experimental, de modo a manter-se subordinado ao Ministro, mas esta determinação não foi adiante.³⁶³

A influência de Chagas certamente foi fundamental para que permanecesse a autonomia financeira de Manguinhos, mesmo diante da instabilidade política e financeira no país. Após sua morte, o seu sucessor na direção do IOC, Antônio Cardoso Fontes (1934-41) presenciou a transferência da instituição da subordinação direta do Ministro para a dependência do Departamento Nacional de Saúde, durante a reforma de 1937.³⁶⁴ De uma só vez, Manguinhos perdia sua autonomia política e financeira, visto que sua renda foi incorporada à receita geral da União, passando todos os seus serviços a serem custeados por dotações do orçamento do MESP.³⁶⁵

³⁶² Decreto n.º 19.042, de 14 de novembro de 1930. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=37285> Acesso em: 16 mar.2010.

³⁶³ Decreto n.º 19.444, de 01 de dezembro de 1930. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=37522> Acesso em: 16 mar. 2010.

³⁶⁴ A reforma de 1937 foi estabelecida pela Lei n.º. 378, de 13 de janeiro de 1937. BRASIL, Diário Oficial da União, 15 de janeiro de 1937, p. 1210. Lei n.º. 378, de 13 de janeiro de 1937.

³⁶⁵ BENCHIMOL, Jaime Larry (org.) *Manguinhos do sonho à vida: a ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Casa de Oswaldo Cruz, 1990, p.57

4.2. – Chagas e a organização do CIL: os arranjos necessários ao seu funcionamento.

O reconhecimento científico de Chagas também foi fundamental para a criação de um centro de pesquisas da lepra no Brasil. O cientista foi o principal articulador para a inserção do tema da lepra no seio do Comitê de Higiene, em 1925. Teve, ainda, papel de destaque nas negociações que deram origem ao acordo firmado entre o Brasil e a Liga das Nações, em 15 de abril de 1931. E sua atuação continuou imprescindível para que o acordo saísse do papel e ganhasse contornos concretos.

Entre o aceite da Liga sobre a proposta brasileira, em 1º de setembro de 1931, durante a 64ª Sessão do Conselho da Liga das Nações³⁶⁶, e a inauguração do CIL, em 1934, houve um atraso de origem administrativa, política e financeira. Administrativamente, o atraso se deu por conta da demora nas nomeações dos membros do Comitê de Direção e do Diretor. Política e financeiramente, o país passava por oscilações durante o Governo Provisório, resultado da crise financeira que abalou o mundo em 1929 e da Revolução de 1930, que instaurou um período de instabilidade em todo cenário nacional.³⁶⁷

A proposta de criação do Centro partiu do governo brasileiro, como forma de cuidar de um problema que se tornava cada vez mais urgente e cujo tratamento e cura ainda necessitavam de muita pesquisa e dedicação dos especialistas. A demanda por pesquisa específica em leprologia não era própria do Brasil. A busca por uma substância que fosse capaz de inibir a contaminação pelo bacilo de Hansen, era uma necessidade estimulada por muitos países, estivessem eles afetados ou não pela doença.

O Centro Internacional de Leprologia dependia da elaboração de seus regulamentos e da tomada de algumas decisões para que iniciasse suas atividades. As primeiras propostas para os regulamentos que ditariam a organização e o funcionamento do CIL foram

³⁶⁶ “Extrato da Minuta da reunião da 64ª. Sessão do Conselho, realizada em 1º de setembro de 1931”. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.099. DAD/COC/Fiocruz.

³⁶⁷ FONSECA, Cristina M. Oliveira, *op. cit.*, pp. 109-127.

encaminhadas ao Brasil em abril de 1932 pelo Conselho de Administração.³⁶⁸ Desde a proposta brasileira, já estava previsto que o Centro seria gerido pelo Conselho, composto pelos membros do Comitê de Higiene – do qual, lembramos, Chagas fazia parte –, além de um membro do Comitê de Direção escolhido pelo governo brasileiro, todos agindo na qualidade de indivíduo, e não como representantes de um órgão ou sociedade. Além disso, o Conselho de Administração seria presidido pelo Presidente do Comitê de Higiene e o Diretor Médico da Seção de Higiene da Liga das Nações – cargo ocupado por Ludwik Rajchman – assumiria também a função de Secretário deste Conselho.³⁶⁹ Por isso, uma notícia publicada no jornal *A Noite*, de 04 de dezembro de 1933, anunciava que “O Corpo Governamental do Centro de Leprosia inclui personalidades eminentes, como Sir George Buchanan, cirurgião-geral H. S. Cumming, professor Ricardo Jorge, Sra. Janet Campell, Dr. J. J. Jotta [sic], professor A. Lutrario, professor Leon Bernard e professor Bastianelli”³⁷⁰. O grupo destacado pelo jornal era o que compunha o Comitê de Higiene da Liga das Nações naquele período e, portanto, esses profissionais fariam parte do Conselho de Administração do CIL.

O regulamento interno, administrativo e o estatuto do pessoal deveriam dar conta da organização e do funcionamento de todos os órgãos que compunham o Centro Internacional de Leprologia, além de regular a nomeação e as obrigações dos seus funcionários.³⁷¹ É possível verificar a estrutura organizacional que foi dada ao CIL e como os seus órgãos deveriam atuar para o funcionamento do mesmo. A gestão das finanças também foi regulada pelo Conselho de Administração. O regulamento financeiro, proposto também em abril de 1932, dava especial atenção para a contabilidade, a elaboração do orçamento, a apresentação e o emprego dos fundos. Definia, entre outras coisas, os

³⁶⁸ “Centro Internacional de Leprologia. Regulamento interno e administrativo. 8 de abril de 1932.” *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.099. DAD/COC/Fiocruz.

³⁶⁹ “Correspondência do Ministro das Relações Exteriores do Brasil ao Presidente do Conselho da Liga das Nações. 15 de abril de 1931”. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.099. DAD/COC/Fiocruz.

³⁷⁰ “Um problema universal – A próxima instalação, nesta capital, do Centro Internacional de Leprologia.” *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.01.004. DAD/COC/Fiocruz.

³⁷¹ “Regulamento interior e administrativo e estatuto do pessoal do Centro Internacional de Estudos sobre a Leprosia”. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.096. DAD/COC/Fiocruz.

recursos disponíveis anualmente para o funcionamento do centro de pesquisas, além dos projetos de orçamento e dos gastos realizados a cada ano civil.³⁷²

Os regulamentos só se tornaram definitivos na primeira reunião do Conselho de Administração, realizada em 1º de novembro de 1933, durante a 20ª Sessão do Comitê de Higiene, em Genebra.³⁷³ Através deles, verifica-se que a estrutura organizacional do CIL era hierárquica – Conselho de Administração → Comitê de Direção → Diretor –, onde a decisão de um órgão dependia do aceite do seu órgão superior, para ser posta em prática. Por exemplo: uma proposta apresentada pelo Diretor do Centro sobre o plano de trabalho para o ano seguinte deveria ser submetida e avaliada pelo Comitê de Direção. Caso aprovada, a proposta deveria ser encaminhada para análise, com as possíveis alterações, ao Conselho de Administração, que deveria, por fim, aprovar a proposta e fixar o plano de trabalho. O mesmo acontecia com relação às questões financeiras. Uma vez aprovado, o orçamento seria incorporado ao relatório anual das atividades do Centro. Por fim, esses relatórios, depois de aprovados pela última instância, eram comunicados ao Conselho da Liga das Nações, ao governo brasileiro e aos membros da Liga das Nações, através do relatório anual de atividades do Centro.

Além de um Conselho de Administração, o “Estatuto Orgânico” do Centro também previa o funcionamento de um Comitê de Direção e da nomeação de um Diretor, de nacionalidade brasileira, para completar o funcionamento do CIL. Depois de aprovado pelo governo brasileiro, o Diretor deveria dar ao Centro um caráter estritamente internacional, garantindo a unidade dos trabalhos e a coordenação dos esforços, para que o programa estabelecido pelo Conselho de Administração fosse fielmente executado. Já o Comitê de Direção seria formado por sete membros pré-definidos e teriam a função de supervisionar os trabalhos do Centro, servindo de elo entre o Diretor e o Conselho de Administração.

Com as propostas definidas sobre a estrutura organizacional e o funcionamento do Centro, tornava-se importante, agora, determinar os membros que faltavam para completar o Comitê de Direção. Como estava definido no artigo 5 do “Estatuto Orgânico” que

³⁷² “Regulamento Financeiro do CIL. 14 de abril de 1932. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOC CC.06.099. DAD/COC/Fiocruz.

³⁷³ “Relatório ao Conselho sobre os trabalhos da 20ª. Sessão do Comitê de Higiene, realizada de 27 de outubro a 1º de novembro de 1933.” *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

acompanhava a carta de 15 de abril de 1931³⁷⁴, o Comitê seria composto por sete membros: quatro deles seriam fixos, e os demais, escolhidos entre os especialistas sul-americanos, ocupariam o cargo por três anos, quando deveriam ser substituídos.

Entre maio e junho de 1932, o Conselho de Administração do Centro Internacional de Leprologia nomeou os membros do Comitê de Direção. Para os cargos pré-fixados, o governo brasileiro designou Guilherme Guinle para a função de Presidente – certamente pela sua importância para a concretização de tal empreendimento. O membro designado pela Liga das Nações foi o Dr. Etienne Burnet – que compunha a Comissão da Lepra do Comitê de Higiene da Liga das Nações como Secretário. Belisário Penna e Carlos Chagas também se tornariam membros porque ocupavam, naquele momento, os cargos de diretores do DNSP e do IOC, respectivamente. Entretanto, Belisário Penna não chegou a assumir como membro do CIL, visto que deixou o DNSP ainda em 1932 sendo substituído por Raul de Almeida Magalhães.³⁷⁵

Para os membros sul-americanos, o Conselho de Administração recebeu as propostas dos diretores do DNSP e do IOC, com os nomes de: Eduardo Rabello – professor da cátedra de dermatologia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro; Pedro Baliña – Professor da Universidade de Buenos Aires; e Alexandre Herrera Restrepo, Diretor do Serviço Nacional da Lepra da Colômbia. Os profissionais foram aceitos e nomeados membros pelo Conselho de Administração, a partir dos telegramas que foram enviados aos interessados em 15 de junho de 1932.³⁷⁶ Ludwik Rajchman, secretário do Conselho de

³⁷⁴ “Correspondência do Ministro das Relações Exteriores do Brasil ao Presidente do Conselho da Liga das Nações. 15 de abril de 1931”. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.099. DAD/COC/Fiocruz.

³⁷⁵ Belisário Penna tomou posse do cargo de diretor do DNSP em 12 de novembro de 1930, quando o Departamento era ainda subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, deixando o cargo em 22 de novembro de 1932, por discordar da política que seria implementada pelo novo ministro. Sobre isso, ver FONSECA, Cristina M. Oliveira, *op. cit.*, pp.117-125.

³⁷⁶ “Correspondência de L. Rajchman para Professor Balina”, de 27 de junho de 1932; e “Correspondência de L. Rajchman para Eduardo Rabello” de 27 de junho de 1932. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.094 DAD/COC/Fiocruz. Em 12 de junho de 1937 expirou o mandato dos membros do Comitê de Direção. O Conselho de Administração, durante a sua 5ª sessão, realizada em 3 de novembro de 1937, nomeou o Professor Pedro Baliña (Argentina), Eduardo Rabello e o Dr. Ricardo F. Parra (Colômbia) para um novo mandato de 3 anos, que na verdade expirou em junho de 1939, quando o CIL encerrou suas atividades. Ver “Relatório ao Conselho sobre os trabalhos da 26ª. Sessão do Comitê de Higiene, realizada de 1º a 4 de novembro de 1937”, p.7. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

Administração também informou à Guilherme Guinle³⁷⁷, Belisário Penna³⁷⁸ e Carlos Chagas³⁷⁹ a nomeação dos cientistas.

É importante destacar que os diretores do IOC e do DNSP tinham um grande poder de decisão nos assuntos referentes à saúde do país, o que se refletia também na posição de destaque que tinham no CIL. Embora o Ministério da Educação e Saúde Pública fosse o órgão máximo referente às questões sanitárias e educacionais do país, ele esteve durante o período 1930-1932 sob o comando do mineiro Francisco Campos.³⁸⁰ A suposição é que as decisões a serem tomadas na área técnica da saúde tenham ficado para os diretores do DNSP e do IOC – os dois únicos órgãos voltados para esse campo no MESP.

Durante o ano de 1932, os membros do Comitê de Higiene da Liga das Nações foram informados pelas autoridades brasileiras que o CIL seria inaugurado no ano seguinte.³⁸¹ Entretanto, em decorrência da situação econômica deficiente do país e pelas constantes disputas políticas intragovernamentais ocorridas durante o Governo Provisório do Brasil foi necessário o impedimento do evento.³⁸² Getúlio Vargas enfrentou muitas dificuldades políticas para reunir as forças políticas tradicionais e antagônicas em torno dos interesses do governo.³⁸³ Além disso, as dificuldades financeiras, acrescidas pela grave crise mundial de 1929, acarretaram um corte de verbas em todos os ministérios, no imediato pós-1930, o que definitivamente influenciou para o atraso da entrega da cota governamental para a inauguração do CIL.

³⁷⁷ “Correspondência de Ludwik Rajchman para Guilherme Guinle, em 27 de junho de 1932.” *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.094. DAD/COC/Fiocruz.

³⁷⁸ “Correspondência de L. Rajchman para Belisário Penna”, de 28 de junho de 1932. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.094. DAD/COC/Fiocruz.

³⁷⁹ “Correspondência de L. Rajchman para Carlos Chagas”, de 28 de junho de 1932. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.094. DAD/COC/Fiocruz.

³⁸⁰ Por um período de quatro meses, de setembro a dezembro de 1931, essa pasta ministerial foi ocupada por Belisário Penna. Francisco Campos retornou em seguida, completando assim os dois anos quase consecutivos de sua gestão, até setembro de 1932. FONSECA, Cristina M. Oliveira, *op. cit.*, p. 117.

³⁸¹ Em correspondência datada de 13 de maio de 1932, Ludwik Rajchman indica que o Comitê de Higiene foi informado que as autoridades brasileiras consideravam a possibilidade de inaugurar o CIL em 1933. Diante disso, Rajchman indicou uma série de medidas que deveriam ser tomadas antes deste acontecimento. Ver “Correspondência de Ludwik Rajchman, de 13 de maio de 1932”. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.094. DAD/COC/Fiocruz.

³⁸² Sobre os problemas políticos e econômicos do imediato pós 1930, ver FONSECA, Cristina M. Oliveira, *op. cit.*, pp. 109-127.

³⁸³ *Ibidem*, p. 110.

A debilitada situação econômica e política do país foi inclusive o assunto de uma correspondência enviada por Chagas a Afrânio de Melo Franco, Ministro das Relações Exteriores do Brasil, em 02 de setembro de 1933.³⁸⁴ Nela, o diretor do IOC lembrava o acordo firmado pelo governo brasileiro com a Liga das Nações para a criação desse centro de pesquisas e das obrigações financeiras que tal acordo previa para os cofres públicos brasileiros, bem como para o filantropo Guilherme Guinle e para a própria Liga das Nações. E, embora Getúlio Vargas tenha aberto o crédito de 17 contos de réis³⁸⁵, Chagas afirmava que “as dificuldades administrativas” teriam impossibilitado o recebimento da quota do governo federal e impedido, naquele momento, a execução do acordo firmado.³⁸⁶

Chagas enfatizou ainda que, como não houve rescisão do acordo para a organização do CIL, o compromisso continuava e deveria ser realizado. Sugeriu que o Ministro das Relações Exteriores interviesse junto ao chefe do Governo Provisório e ao Ministro da Fazenda para que a medida administrativa necessária – a abertura de um crédito extraordinário – fosse efetivada e o valor entregue a Guilherme Guinle, presidente do Comitê de Direção do CIL, de modo que o mesmo pudesse ser inaugurado em 1934. A atitude seria de “alta conveniência para o prestígio do Brasil” e também de grande ajuda ao “aperfeiçoamento técnico na luta contra a lepra, em nosso país”.³⁸⁷ Em 20 de setembro de 1933, o Ministro das Relações Exteriores, seguindo a sugestão de Carlos Chagas,³⁸⁸ enviou

³⁸⁴ “Correspondência de Calos Chagas para o Ministro das Relações Exteriores do Brasil, de 02 de setembro de 1932”. *Palácio Itamaraty – Departamento de Comunicações e Documentação (DCD)/Centro de Documentação (CDO)/Seção do Arquivo Histórico* – referência: 107/3/1.

³⁸⁵ Conforme o decreto presidencial nº. 20.957, de 19 de janeiro de 1932, o governo brasileiro teria aberto um crédito especial ao MESP de 17:665\$050 ouro, equivalente a 50 mil francos suíços, para cobrir as despesas de instalação e execução dos serviços do CIL. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=32359> Acesso em: 02 jun. 2010.

³⁸⁶ Na sua correspondência, Chagas não especifica quais teriam sido as dificuldades administrativas que impossibilitaram que a cota federal chegasse aos cofres do Centro Internacional de Leprologia. “Correspondência de Calos Chagas para o Ministro das Relações Exteriores do Brasil, de 02 de setembro de 1932”. *Palácio Itamaraty – Departamento de Comunicações e Documentação (DCD)/Centro de Documentação (CDO)/Seção do Arquivo Histórico* – referência: 107/3/1.

³⁸⁷ Comentários de Chagas incluídos na “Correspondência de Carlos Chagas para o Ministro das Relações Exteriores do Brasil, de 02 de setembro de 1932”. *Palácio Itamaraty – Departamento de Comunicações e Documentação (DCD)/Centro de Documentação (CDO)/Seção do Arquivo Histórico* – referência: 107/3/1.

³⁸⁸ A sugestão de se enviar uma correspondência ao Secretário Geral informando as providências tomadas para que o Brasil atendesse ao acordo firmado com a Liga foi apresentada na correspondência de 02 de setembro de 1932. “Correspondência de Carlos Chagas para o Ministro das Relações Exteriores do Brasil, de 02 de setembro de 1932”. *Palácio Itamaraty – Departamento de Comunicações e Documentação (DCD)/Centro de Documentação (CDO)/Seção do Arquivo Histórico* – referência: 107/3/1.

uma correspondência ao Secretário Geral da Liga das Nações informando que o CIL seria inaugurado no início do ano 1934.³⁸⁹

Diante da informação das autoridades brasileiras sobre a inauguração do CIL no ano seguinte, os membros do Conselho de Administração puderam realizar a sua primeira reunião em 1º de novembro de 1933. Guilherme Guinle, membro do Comitê de Direção do CIL designado a compor o Conselho de Administração, não participou desta reunião. Os membros presentes discutiram as sugestões enviadas pelo Comitê de Direção, através de um relatório remetido previamente ao Comitê de Higiene. Nele encontravam-se as propostas que visavam a organização administrativa do Centro, incluindo os regulamentos interno, financeiro e de pessoal, bem como a proposta do programa de trabalho para 1934.³⁹⁰

Ao final da reunião, o Conselho de Administração declarava estar contente porque o Centro Internacional de Leprologia logo iniciaria suas atividades, graças à “generosidade” do governo brasileiro e do filantropo Guilherme Guinle. As atividades contariam com o apoio da Liga das Nações e favoreceriam fortemente “a colaboração internacional no domínio das investigações sobre a profilaxia e o tratamento da lepra”.³⁹¹ Aprovou, ainda o conselho, o orçamento para o ano de 1934 e o programa inicial de trabalhos do Centro, bem como os regulamentos interno, financeiro e o estatuto do pessoal. Em uma de suas resoluções, nomeou Carlos Chagas como Diretor do Centro, confiando a ele e ao Presidente do Comitê de Direção o cuidado de designar os especialistas estrangeiros que seriam convidados a prestar sua colaboração às atividades do Centro.³⁹²

Carlos Chagas foi informado de sua nomeação para a direção do CIL através da correspondência enviada pelo Diretor Médico da Liga das Nações, em 16 de novembro de 1933.³⁹³ Nela, Frank Boudreau, substituindo temporariamente Rajchman, cumprimentou-o

³⁸⁹ “Relatório ao Conselho sobre os trabalhos da 20ª. Sessão do Comitê de Higiene, realizada de 27 de outubro a 1º de novembro de 1933.” *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

³⁹⁰ “Relatório ao Conselho sobre os trabalhos da 20ª. Sessão do Comitê de Higiene, realizada de 27 de outubro a 1º de novembro de 1933.” *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

³⁹¹ *Ibidem*, p. 13.

³⁹² *Ibidem*, p. 14.

³⁹³ “Correspondência do Diretor Médico Frank Boudreau para Carlos Chagas.” *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCO CC.06.051. DAD/COC/Fiocruz.

pela nomeação como diretor da instituição que ele mesmo idealizou e que considerava como “a mais adequada” diante da pauta que Chagas inaugurou no Comitê de Higiene referente ao problema internacional da lepra. A nomeação, entretanto, dependia ainda da aprovação do governo brasileiro.³⁹⁴ Após consulta ao Ministro da Educação e Saúde Pública³⁹⁵, o Ministro das Relações Exteriores, Cavalcanti de Lacerda, enviou uma correspondência ao Secretário Geral da Liga, Joseph Avenol, em 03 de abril de 1934 informando o aceite do Brasil com relação à nomeação de Chagas.³⁹⁶ Estavam, enfim, definidos todos os membros do Conselho de Administração, do Comitê de Direção e o Diretor do Centro. Só faltava agora a inauguração.

4.3. – O início das atividades do CIL

Em 10 de janeiro de 1934 realizou-se, no Rio de Janeiro, a primeira reunião do Comitê de Direção do CIL.³⁹⁷ Presidida por Guilherme Guinle, a reunião contou com a presença do representante do Comitê de Higiene, o prof. Etienne Burnet, além de Carlos Chagas (Diretor do IOC), Raul de Almeida Magalhães (Diretor do DNSP), e Eduardo Rabello (um dos membros sul-americanos) como membros efetivos.³⁹⁸ Na reunião, Carlos

³⁹⁴ Em 15 de fevereiro de 1934, o Diretor Médico da Liga, Frank Boudreau enviou uma correspondência ao Ministro das Relações Exteriores para saber se a nomeação de Chagas encontrava a aprovação do governo brasileiro. “Correspondência do Diretor Médico Frank Boudreau para Cavalcanti de Lacerda, Ministro das Relações Exteriores do Brasil.” *Palácio Itamaraty – Departamento de Comunicações e Documentação (DCD)/Centro de Documentação (CDO)/Seção do Arquivo Histórico* – referência: 78/3/02.

³⁹⁵ “Correspondência do Ministro das Relações Exteriores do Brasil, Cavalcanti de Lacerda, ao Ministro da Educação e Saúde Pública, Washington Pires.” *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOC CC.06.051. DAD/COC/Fiocruz.

³⁹⁶ “Correspondência de Cavalcanti de Lacerda, Ministro das Relações Exteriores do Brasil para Joseph Avenol, Secretário Geral da Liga das Nações.” *Palácio Itamaraty – Departamento de Comunicações e Documentação (DCD)/Centro de Documentação (CDO)/Seção do Arquivo Histórico* – referência: 78/3/06.

³⁹⁷ Documento sobre a reunião do Comitê de Direção do CIL em 10 de janeiro. Mesmo sem a data completa, podemos afirmar ter sido em 1934, visto o conteúdo da reunião – de organização das seções – já que o CIL iniciou suas atividades em 20 de abril de 1934. [Às quatorze horas do dia 10 de janeiro...] *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOC CC.06.098. DAD/COC/Fiocruz.

³⁹⁸ Raul de Almeida Magalhães substituiu Belisário Pena nas funções de Diretor do DNSP em 1932. Carlos Chagas, Raul de Almeida Magalhães e Eduardo Rabello já haviam trabalhado juntos na Comissão relatora do

Chagas apresentou os objetivos do Centro e uma proposta de divisão das atividades de pesquisa, que ficariam subordinadas a três seções: Pesquisas epidemiológicas e clínicas; Química fisiológica; e a de Imunologia. Esta proposta foi discutida e unanimemente aceita.

Para dirigir as Seções, Guilherme Guinle sugeriu que fossem contratados profissionais especializados com dedicação exclusiva às atividades do Centro, mas Chagas lembrou que o orçamento do CIL não comportaria a nomeação de especialistas em tempo integral, sugerindo, assim, que se contratassem técnicos do IOC, oferecendo-lhes, apenas, uma gratificação mensal. Dessa forma, foram indicados os seguintes funcionários do IOC para dirigir as seções: Dr. Heraclídes César de Souza-Araújo (1886-1962), para a Seção de Epidemiologia; o Dr. José Carneiro Felipe (1886-1951), para a Seção de Química; e o Dr. José da Costa Cruz (1894-1940), para a Seção de Imunologia. Na reunião, Raul de Almeida Magalhães, diretor do DNSP, na qualidade de representante do governo, informou que já havia tomado as providências necessárias para que a quota referente à contribuição do governo federal fosse entregue a Carlos Chagas.

A instalação dos serviços do Centro ocorreu em 20 de abril de 1934, no salão nobre da Biblioteca do Itamaraty, sob a presidência dos ministros Washington Pires (Educação e Saúde Pública) e Cavalcanti de Lacerda (Relações Exteriores). Também compunham a mesa, Carlos Chagas, Guilherme Guinle, Raul de Almeida Magalhães, Eduardo Rabello, Etienne Burnet e Souza-Araújo. A edição do *Jornal do Comércio* do dia seguinte noticiava a inauguração:

“O Centro Internacional de Leprologia, enquanto não tiver sede própria, vai funcionar em Manguinhos nos vários edifícios do Instituto Oswaldo Cruz. Compõe-se ele, desde já, de três seções: a 1ª de Clínica-terapêutica e epidemiologia da lepra, sob a chefia do Dr. H. C. de Souza-Araújo; a 2ª, de Bacteriologia, biologia e sorologia, chefiada pelo Dr. José da Costa Cruz; e a 3ª, de Química-terapêutica e Físico-

Conselho Nacional de Profilaxia da Lepra. Este Conselho foi criado durante a Conferência para a Uniformização da Campanha contra a Lepra, realizada em 1933 e promovida pela Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra. Sua finalidade seria cooperar com os governos na profilaxia da lepra, começando por apresentar ao governo federal um plano geral, baseado nas conclusões e sugestões dessa Conferência, de modo a uniformizar os métodos profiláticos aplicados ao nosso país. Cf. SOUZA-ARAÚJO, H. C. de. “Plano Geral da Campanha contra a lepra no Brasil”. *Revista Médico Cirúrgica do Brasil*, 1933:16 (11) 337-341.

Química, sob a direção do Professor José Carneiro Felipe. Cada uma das seções terá assistentes, em número crescente a medida das necessidades.

“O Centro terá desde já a colaboração do leprosário federal de Curupaity, e do de Minas Gerais, ambos com um total de cerca de 1.200 leproso.

“Nesses estabelecimentos selecionará o Centro grupos de doentes para o tratamento e estudos. Os médicos desses dois leprosários serão aproveitados como colaboradores na atividade clínico-terapêutica do Centro. Os estudos de epidemiologia serão feitos por uma comissão médica itinerante, nos focos de lepra em evolução. Os laboratórios de pesquisas e estudos funcionarão em Manguinhos e os de exame de rotina nos leprosários. Os medicamentos anti-lepróticos para uso do Centro serão fabricados em Manguinhos, que importou, da Índia, óleo de chaulmoogra legítimo em grande quantidade pra esse fim. Todas as pesquisas serão orientadas diretamente pelo Professor Carlos Chagas, diretor do Centro. O Conselho Diretor se reunirá periodicamente para conhecer da atividade do Centro”.³⁹⁹

Guilherme Guinle, Etienne Burnet e Carlos Chagas pronunciaram discursos durante a sessão de inauguração do CIL, ressaltando a importância dessa iniciativa para a luta internacional contra a doença e o apoio fundamental da Liga das Nações para a concretização desse ideal.⁴⁰⁰ Etienne Burnet lembrou que, aproveitando-se da sólida base nacional que o Brasil oferecia, a participação da Liga no empreendimento acrescentaria ao

³⁹⁹ A cerimônia de inauguração do CIL foi noticiada amplamente pela imprensa. *Jornal do Comércio*, 21 de abril de 1934, *Apud* TIBIRIÇÁ, Alice de Toledo Ribas. *Como eu vejo o problema da lepra e como me vêem os que o querem manter*. São Paulo: Sociedade de Assistência aos Lázarus e Defesa contra a Lepra, 1934, pp. 237-238.

⁴⁰⁰ “Centro Internacional de Leprologia. Sua inauguração ontem no Itamaraty – os discursos proferidos pelos Srs. Guilherme Guinle, Professor Burnet e Carlos Chagas”. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOC CC.01.004. DAD/COC/Fiocruz.

estudo da lepra o intercâmbio com outras nações, facilitando a vinda de pesquisadores e a troca de idéias e técnicas entre brasileiros e estrangeiros.

A inauguração do Centro foi noticiada, também, no Comitê de Higiene durante sua 21ª Sessão, realizada entre os dias 11 a 16 de maio de 1934.⁴⁰¹ No último dia realizou-se a segunda reunião do Conselho de Administração do CIL. Para o início das atividades, o Presidente do Comitê de Direção do Centro, Guilherme Guinle, enviou à Genebra um relatório dando conta de todas as disposições tomadas. O Centro funcionaria no Instituto Oswaldo Cruz, embora sua sede estivesse prevista para ser instalada na Fundação Gaffrée e Guinle, como veremos adiante.⁴⁰² O CIL contaria, ainda, com subcentros, como o Hospital-Colônia de Curupaiti, no Rio de Janeiro, e o Leprosário Santa Isabel, de Minas Gerais, para a realização de testes terapêuticos nos pacientes internados.

O relatório que Guinle enviou à Genebra apresentava também uma lista dos funcionários do Centro. Nela constavam os nomes dos funcionários do IOC que chefiariam as seções do CIL: além dos já citados Souza-Araújo, Carneiro Felipe e Costa Cruz, Henrique de Beaurepaire Aragão aparecia como chefe de seção, embora sem especificação.⁴⁰³ Foram citados também três assistentes: os doutores Antônio Francisco Rodrigues de Albuquerque, João Machado e João Carlos Nogueira Pinto. Os colaboradores do subcentro de Curupaiti eram o Dr. Theophilo de Almeida, superintendente, e os Drs. Amílcar Ferreira da Rosa, Henrique Moura Costa e Hildebrando Portugal como médicos auxiliares. Dois colaboradores da Colônia Santa Isabel, em Minas Gerais, ainda não constavam na lista, mas no programa de atividades, havia a indicação dos doutores Orestes Diniz e Paulo Cerqueira.⁴⁰⁴ Além destes, o CIL teria, ainda, outros funcionários técnicos e administrativos: João Manoel Guerreiro Esteves, preparador de laboratório; Magino Valente, auxiliar de laboratório da seção de Bacteriologia e Imunologia; uma enfermeira-chefe e outros três auxiliares de laboratório, ainda não definidos; a datilógrafa, Almerinda

⁴⁰¹ Relatório ao Conselho sobre os trabalhos da 21ª. Sessão do Comitê de Higiene, realizada de 11 a 16 de maio de 1934, pp. 19-20. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

⁴⁰² “Centro Internacional de Leprologia. Rio 31/03/1934. Programa de Atividade”. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.053 DAD/COC/Fiocruz.

⁴⁰³ A lista com os funcionários técnicos e administrativos do CIL, em documento datado de 14 de maio de 1934, encontra-se no “Centro Internacional de Leprologia. Relação dos funcionários Técnicos e administrativos”. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.096 DAD/COC/Fiocruz.

⁴⁰⁴ “Centro Internacional de Leprologia. Rio 31/03/1934. Programa de Atividade”. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.053. DAD/COC/Fiocruz.

Farias Gama, o administrador Theophilo Ottoni Mauricio de Abreu, o guarda-livros Arnaldo da Costa Cruz, o tradutor Assuerus Hippolitus Overmeer e um motorista José de Mello.⁴⁰⁵ A lista inicial de funcionários, elaborada em maio de 1934, pode ter sofrido alterações ao longo dos anos de funcionamento do Centro, todavia não foi encontrada nenhuma outra lista registrando informações.

Ainda no relatório, outras informações importantes foram citadas com relação ao projeto de orçamento do primeiro exercício (abril/1934 a março/1935) e o programa geral de atividades, todos aprovados durante essa segunda reunião do Conselho de Administração. No orçamento, o CIL contava com as verbas do governo brasileiro e de Guinle, em partes iguais de 150:000\$000. A aplicação das verbas para o primeiro ano estava dividida entre a sede e os subcentros de Curupaiti e Colônia Santa Isabel. Os gastos previstos eram com o pessoal e a instalação da sede e dos subcentros, além de uma pequena parte reservada para gastos eventuais.⁴⁰⁶

O programa inicial do Centro previa atividades específicas para a sede e para cada um dos seus subcentros.⁴⁰⁷ Na sede, priorizava a organização de um arquivo de estatística e epidemiologia dividido em três áreas: a) Brasil, b) América do Sul, c) demais países; incluindo a confecção de mapas indicando os principais leprosários e os maiores focos da doença no mundo. Previa, entre outras coisas, a organização do programa e o preparo do material para o Primeiro Curso de Leprologia, além da montagem do laboratório de pesquisas para os técnicos estrangeiros e médicos brasileiros estagiários. Nos subcentros de Curupaiti e Santa Isabel, os médicos selecionariam grupos de doentes para submetê-los a testes terapêuticos, além de continuarem com suas atividades de rotina, como a clínica e a pesquisa. Os superintendentes de Curupaiti e de Santa Isabel, respectivamente, Theophilo de Almeida e Orestes Diniz teriam ainda a função de elaborar um estudo clínico e

⁴⁰⁵ O motorista e o auxiliar de laboratório da Seção de Bacteriologia e Imunologia foram designados em 07 de maio de 1934, conforme documentação encontrada em [Designações] *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.048. DAD/COC/Fiocruz. Sobre a lista dos funcionários do CIL, ver “Centro Internacional de Leprologia. Relação dos funcionários técnicos e administrativos.” *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.096. DAD/COC/Fiocruz.

⁴⁰⁶ “Centro Internacional de Leprologia. Orçamento para o exercício de abril de 1934 a março de 1935.” *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.052. DAD/COC/Fiocruz.

⁴⁰⁷ “Centro Internacional de Leprologia. Rio 31/03/1934. Programa de Atividade”. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.053. DAD/COC/Fiocruz.

epidemiológico dos doentes de seus leprosários, além de apresentar um estudo completo sobre a situação da doença no Distrito Federal e no Estado de Minas Gerais.

O cenário político nos anos que antecederam a inauguração do CIL era ainda de muita instabilidade. Logo que assumiu a pasta da Educação e Saúde, em setembro de 1932, Washington Pires propôs uma reforma na estrutura administrativa do ministério, acompanhando a decisão do Governo Provisório de promover mudanças na direção de um arcabouço institucional mais centralizado. Para isso, pretendia criar um novo órgão para a administração nacional dos serviços de saúde e assistência médico-social. A providência resultaria, especialmente, em alterações no DNSP. Belisário Penna, então diretor deste Departamento estabeleceu forte oposição às propostas do Ministro, particularmente com relação às alterações no órgão que dirigia. Sem conseguir êxito, Belisário Penna deixou a direção do Departamento em 22 de novembro de 1932, muito antes da reforma de Washington Pires ser implantada. Foi substituído por Raul de Almeida Magalhães que já havia sido diretor de saúde pública no Rio de Janeiro e em Minas Gerais.⁴⁰⁸

A reforma de Washington Pires foi regulamentada em 21 de junho de 1934. Enquanto estava sendo elaborada, vigorou a estrutura organizacional que havia sido definida em 1931, com as atividades de saúde pública concentradas no IOC e no DNSP. Ao fim do Governo Provisório estava criada a Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social (DNSAMS), com a função de coordenar todos os serviços de saúde pública e assistência médico-social executados pela União, ou em cooperação com os estados e municípios.⁴⁰⁹ Essa nova diretoria não só incorporava as atribuições que eram do DNSP, como ampliava a sua atuação, assumindo a supervisão de todos os serviços de saúde pública do país, bem como da assistência médico-social, um campo que se desenvolvia muito no período.

Entretanto, esse processo de reestruturação administrativa não teve tempo para se consolidar. Segundo Fonseca, o quadro de instabilidade e substituições na pasta ministerial, característico dos quatro primeiros anos de existência do MESP, mudaria tão

⁴⁰⁸ Cf. FONSECA, Cristina M. Oliveira, *op. cit.*, p. 123.

⁴⁰⁹ BRASIL, Coleção de Leis, 1934, vol. 3, pp. 647-649. Decreto nº. 24.438, de 21 de junho de 1934.

logo Gustavo Capanema assumisse o cargo.⁴¹⁰ Tomando posse, em julho de 1934, como o novo gestor dos assuntos da educação e saúde, Capanema permitiu que o Ministério exercesse, de fato, uma maior centralização das suas atividades, com maior abrangência da atuação federal no campo da saúde pública.

O CIL foi inaugurado antes da posse de Capanema, e também antes da promulgação da nova regulamentação. Essas alterações administrativas não interferiram no acordo para a criação do CIL e nem em seu funcionamento. Raul de Almeida Magalhães, que era o diretor do DNSP – e por esse motivo também membro do Comitê de Direção do CIL – assumiu a nova DNSAMS. E, mesmo diante de tantas mudanças na política de saúde pública em tão pouco tempo (uma nova reforma, ainda seria promulgada em 1937) o CIL só sentirá, de fato, a perda de seu idealizador quando Chagas morre, em novembro de 1934, inclusive a mudança de sua sede, que teve que ser transferida para a Fundação Gaffrée e Guinle.

4.3.1 – O CIL sem Carlos Chagas

A morte inesperada de Carlos Chagas em 08 de novembro de 1934 deixou o Centro Internacional de Leprologia sem diretor e transformou-se em uma trágica ironia diante do fato de que o CIL perdia seu idealizador alguns meses após sua inauguração. Várias mensagens de pêsames e sentimentos foram recebidas pela viúva, D. Íris Lobo Chagas.⁴¹¹ Tanto o Secretário Geral da Liga das Nações, Joseph Avenol, quanto o Presidente do Comitê de Higiene, Thorwald Madsen, também enviaram telegramas com suas condolências pela morte de seu colega de trabalho.⁴¹²

⁴¹⁰ FONSECA, Cristina M. Oliveira, *op. cit.*, p. 127.

⁴¹¹ Encontramos vários cartões, telegramas e cartas recebidos por Íris Lobo por conta da morte de seu marido. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOB CC.01.023; BR RJCOB CC.01.026 e BR RJCOB CC.01.030. DAD/COC/Fiocruz.

⁴¹² As cartas de pêsames enviadas por Avenol e Madsen encontram-se no *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOB CC.01.030. DAD/COC/Fiocruz.

Durante a 84ª Sessão do Conselho da Liga das Nações, foi prestada uma homenagem à memória de Carlos Chagas.⁴¹³ O representante da Dinamarca, M. de Scavenius, na qualidade de relator das questões de Higiene, relembra o papel de destaque de Chagas na Organização da Saúde da Liga das Nações. Especialista em Medicina Tropical, suas instruções e indicações neste campo foram preciosas à Organização da Saúde da Liga das Nações. Além disso, Scavenius relembra que foi Chagas quem inseriu o tema da lepra no programa de trabalhos do Comitê de Higiene e diante de sua iniciativa conseguiu criar, em acordo com o governo brasileiro e a Liga das Nações, um centro internacional de pesquisas sobre essa doença. O Sr. Vasconcellos, representante de Portugal, aproveitou a homenagem para salientar que além de um homem de ciência, Chagas seria um benfeitor da humanidade, visto que seus trabalhos salvaram e continuam salvando vidas.

O Comitê de Higiene também prestou homenagem à memória de Chagas, em sua 22ª Sessão, entre os dias 7 e 14 de outubro de 1935 – a primeira reunião do grupo realizada após o falecimento de dois membros do Comitê: Carlos Chagas e Leon Bernard.⁴¹⁴ O Presidente do Comitê, Thorwald Madsen, relembrou suas carreiras científicas, ressaltando que cada um deles realizou uma admirável obra nacional e que souberam transportá-la para o terreno internacional. Especificamente sobre Chagas, observou que a descoberta da tripanossomíase americana foi fundamental para que seu nome fosse inscrito “nas ciências em caracteres não apagáveis”.⁴¹⁵ Membro da Comissão de Impaludismo (malária) desde o início, Chagas foi o primeiro a estudar os relatórios da malária com relação à habitação. Como higienista, deu novas contribuições à questão da desinfecção das doenças contagiosas. “Trazia-nos, como membro do Comitê de Higiene, a sua profunda experiência em doenças tropicais, em particular, aquelas da América Latina”.⁴¹⁶ Relembrou que em 1925, Chagas inovou sua atuação no Comitê de Higiene, trazendo o problema da lepra para a pauta de discussões da organização. Acabou presidindo a Comissão da Lepra e conseguindo concluir a criação de um centro

⁴¹³ Extrato do Processo verbal da 64ª Sessão do Conselho da Liga das Nações onde foi feita uma homenagem à memória de Carlos Chagas. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.099. DAD/COC/Fiocruz.

⁴¹⁴ “Extrato do Processo Verbal da 22ª Sessão do Comitê de Higiene. 07 de outubro de 1935”. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.01.030. DAD/COC/Fiocruz.

⁴¹⁵ *Ibidem*.

⁴¹⁶ *Ibidem*.

internacional de pesquisas sobre a lepra em seu país, sob os auspícios da Liga das Nações o que, segundo Madsen, garantia ao Brasil e à América Latina “um lugar eminente na luta universal contra a lepra”.⁴¹⁷

Após o falecimento de Chagas, durante o período de novembro de 1934 a abril de 1935, o leprologista Souza-Araújo, Chefe da Seção de Epidemiologia e Secretário Geral do CIL – cargo que lhe foi confiado pelo próprio Chagas –, assumiu interinamente a direção do Centro Internacional de Leprologia. Em 10 de abril de 1935, o Comitê de Direção designou o Professor Eduardo Rabello como o novo diretor, assumindo a tarefa deixada abruptamente por Chagas.⁴¹⁸

Em nota enviada ao Comitê de Higiene da Liga das Nações, Etienne Burnet explicou o motivo da escolha do Professor Rabello para ocupar a direção do CIL.⁴¹⁹ Segundo Burnet, além de receber a aprovação de Guilherme Guinle, um dos fundadores do CIL e presidente do seu Comitê de Direção, a designação de Eduardo Rabello foi também recebida com satisfação pela classe médica, já que há muito se dedicava às atividades relacionadas à lepra. Embora não desempenhasse mais nenhuma função no governo federal – fora chefe da IPLDV de 1920 até 1925, quando deixou o cargo para assumir a cadeira de Dermatologia e Sifilografia da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro – continuava mantendo boas relações especialmente com o DNSP, o que era favorável às atividades do CIL. Além disso, e por toda sua dedicação ao campo da leprologia, Rabello teria se tornado uma das autoridades mais conhecidas sobre a lepra, não só no Brasil, mas por toda a América do Sul, o que favoreceria o objetivo do Centro em manter-se como um órgão internacionalmente atuante.⁴²⁰ A nota escrita por Etienne Burnet tinha a finalidade de justificar que o CIL, mesmo com todas as dificuldades e modificações pelas quais vinha passando, continuava a merecer o apoio e a sustentação da Liga das Nações.⁴²¹ Burnet

⁴¹⁷ *Ibidem*.

⁴¹⁸ “Relatório ao Conselho sobre os trabalhos da 22ª Sessão do Comitê de Higiene. Genebra 7-14 de Outubro de 1935”. p. 12. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

⁴¹⁹ A nota do Professor Etienne Burnet foi apresentada pelo Diretor do CIL no documento: Liga das Nações. C.H./Leprosy 14. Genebra, 07 de outubro de 1935. *Fundo Instituto Oswaldo Cruz, Seção Departamento de Medicina Tropical, Subseção Laboratório de Hanseníase*, Caixa 49, maço 4. DAD/COC/Fiocruz.

⁴²⁰ *Ibidem*.

⁴²¹ Esta nota de Burnet e os demais documentos e relatórios enviados à Genebra foram analisados durante a terceira sessão do Conselho de Administração do CIL, em 14 de outubro de 1935, cf: “Relatório ao Conselho

apontou, ainda, como justificativa para a continuação desse apoio, as atividades do Centro, “a confiança e a sustentação oferecida pelo Sr. Guilherme Guinle, (...) os serviços devotados do Dr. Souza-Araújo, e em particular do trabalho já realizado pelo perito químico da Liga das Nações, Dr. H. I. Cole”.⁴²²

Logo no início de sua gestão, o Comitê de Direção delegou ao novo diretor que ele realizasse uma reorganização do Centro. Para essa tarefa, Rabello contou com a ajuda do Professor Etienne Burnet, membro e secretário do Comitê. Juntos prepararam os primeiros relatórios sobre as atividades realizadas desde a abertura do Centro, bem como o balanço das contas do período em que Chagas era o diretor. Além disso, Rabello preparou os relatórios – científico e financeiro – sobre seu período de gestão até o aquele momento (setembro de 1935), e os planos de atividades para o ano seguinte.⁴²³ Comparando esses relatórios preparados por Rabello, com o programa de atividades apresentado em março de 1934⁴²⁴, podemos apurar que a nova administração deu continuidade às atividades previstas por Chagas enquanto diretor, tais como os inquéritos epidemiológicos; as investigações e aplicações terapêuticas em Curupaiti e a continuidade das pesquisas laboratoriais no IOC.⁴²⁵

Continuando com suas ações, a nova direção do Centro Internacional de Leprologia conseguiu também promover importantes acordos de colaboração com o Instituto Oswaldo Cruz, com o Departamento Nacional de Saúde Pública e com o Departamento de Profilaxia da Lepra de São Paulo.⁴²⁶ No último caso, onde o combate à lepra dava-se de modo

sobre os trabalhos da 22ª Sessão do Comitê de Higiene. Genebra 7-14 de outubro de 1935. p. 9. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

⁴²² Ver na nota do Professor Etienne Burnet: Liga das Nações. C.H./Leprosy 14. Genebra, 07 de outubro de 1935, p.2. *Fundo Instituto Oswaldo Cruz, Seção Departamento de Medicina Tropical, Subseção Laboratório de Hanseníase*, Caixa 49, maço 4. DAD/COC/Fiocruz.

⁴²³ “Relatório de 10 de abril a 10 de setembro de 1935, pelo Professor Eduardo Rabello, Diretor do CIL. Rio de Janeiro, 12 de setembro de 1935”, p. 1. *Fundo Instituto Oswaldo Cruz, Seção Departamento de Medicina Tropical, Subseção Laboratório de Hanseníase*, Caixa 49, Maço 3. DAD/COC/Fiocruz.

⁴²⁴ “Centro Internacional de Leprologia. Rio 31/03/1934. Programa de Atividade”. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOC CC.06.053. DAD/COC/Fiocruz.

⁴²⁵ Ver “League of Nations. C.H./Leprosy 13. Genebra, 3 de outubro de 1935. International Centre for Research on Leprosy. Third session of the Governing Body (October 1935)”, p.2. *Fundo Instituto Oswaldo Cruz, Seção Departamento de Medicina Tropical, Subseção Laboratório de Hanseníase*, Caixa 49, maço 3. Em 03 de outubro de 1935. DAD/COC/Fiocruz.

⁴²⁶ “Relatório ao Conselho sobre os trabalhos da 22ª Sessão do Comitê de Higiene. Genebra 7-14 de outubro de 1935. p. 13. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

independente ao que era realizado Departamento, ampliou o campo de atuação das atividades do CIL.⁴²⁷ A cooperação seria indispensável para que a atividade desenvolvida pelo Centro tivesse a amplitude desejada em seus estatutos, ou seja, para que colaborasse nacionalmente e internacionalmente para resolver o problema de lepra.

Essa cooperação entre a saúde pública e o CIL permitiu a realização de um inquérito epidemiológico mais amplo. No Rio de Janeiro, Distrito Federal e Espírito Santo, o chefe da Seção de Epidemiologia do Centro, Souza-Araújo, comandaria a realização dos estudos através de um mesmo método de investigação e utilizando-se um modelo único de ficha epidemiológica, no sentido de uniformizar e facilitar a divulgação das informações. Embora utilizando as mesmas fichas epidemiológicas, a atividade no estado de São Paulo estaria a cargo do Dr. Salles Gomes.⁴²⁸ Nos demais estados dispostos a colaborar com estes inquéritos, as fichas eram preenchidas e enviadas à Seção de Epidemiologia do CIL.

Nos relatórios preparados por Rabello há a descrição das atividades realizadas até aquele momento e as previstas para o ano seguinte.⁴²⁹ No campo da *química terapêutica*, estavam sendo preparados os medicamentos que seriam utilizados nas investigações do Centro. Na *bacteriologia e imunologia*, realizava-se o estudo patológico geral da lepra tuberculóide e da co-infecção tuberculosa nos pacientes de lepra, além de investigações sobre as reações provocadas nos doentes pelos antígenos.⁴³⁰ As atividades do campo da *clínica e tratamento* continuavam sendo realizados nos pacientes do Hospital de Curupaiti. Eram aplicados nos pacientes os ésteres preparados pelo Dr. Howard Irving Cole, químico enviado pela Liga das Nações para realizar pesquisas no CIL, como narrado adiante. O acordo firmado com o Departamento Nacional de Saúde Pública, sob a direção de Barros

⁴²⁷ Ver “Relatório ao Conselho sobre os trabalhos da 22ª Sessão do Comitê de Higiene. Genebra 7-14 de outubro de 1935. p. 13. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

⁴²⁸ Ver “Relatório ao Conselho sobre os trabalhos da 22ª Sessão do Comitê de Higiene. Genebra 7-14 de outubro de 1935. p. 13. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

⁴²⁹ Na reunião realizada em 05 de setembro de 1935, os membros do Comitê de Direção aproveitaram para avaliar os relatórios preparados pelo novo Diretor do CIL – que, como vimos, contou com a ajuda do Secretário do Conselho de Administração, Etienne Burnet. Os relatórios administrativo, técnico, financeiro foram aprovados e encaminhados ao Conselho de Administração em Genebra, para sua reunião de outubro de 1935. “Relatório ao Conselho sobre os trabalhos da 22ª Sessão do Comitê de Higiene. Genebra 7-14 de outubro de 1935”. pp. 12-16. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

⁴³⁰ “Relatório de 10 de abril a 10 de setembro de 1935, pelo Professor Eduardo Rabello, Diretor do CIL. Rio de Janeiro, 12 de setembro de 1935”, pp. 4 e 5. *Fundo Instituto Oswaldo Cruz, Seção Departamento de Medicina Tropical, Subseção Laboratório de Hanseníase*, Caixa 49, Maço 3. DAD/COC/Fiocruz.

Barreto, permitiu a continuidade das atividades no leprosário federal de Curupaiti e ainda abriu a possibilidade de tratar os pacientes nos dispensários e nos serviços de saúde dos estados – o que sinaliza uma maior aproximação do Centro com a Saúde Pública federal.⁴³¹

Para o ano de 1936, além da continuidade daquilo que já vinha sendo realizado, o Diretor do CIL previa novas atividades como o Curso de Especialização e a publicação da Revista de Leprologia. Para o curso, o CIL contava com a colaboração da Saúde Pública federal, do IOC, da Clínica de Dermatologia do Rio de Janeiro, além dos institutos de São Paulo: o Departamento da Lepra, o Instituto de Higiene e a Clínica Dermatológica.⁴³² Sobre a revista, o CIL planejava primeiro organizar, sob seus auspícios, uma “Sociedade Brasileira de Leprologia”, reunindo as sociedades dos diversos Estados, como São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais. Com o patrocínio do CIL e de outras organizações, criariam uma revista de leprologia que publicaria os trabalhos do Centro, além de trabalhos e notas sobre a lepra no país.⁴³³

4.3.2 – A transferência para a Fundação Gaffrée e Guinle

A instalação da sede do Centro Internacional de Leprologia é uma questão que merece destaque. Embora as atividades do CIL tenham sido realizadas, por mais de um ano, em laboratórios do Instituto Oswaldo Cruz, a sede originalmente pretendida para o CIL seria instalada na Fundação Gaffrée e Guinle. Por questões financeiras e pela necessidade de organizar as novas instalações, o CIL começou a funcionar utilizando-se de salas e laboratórios emprestados pelo Diretor do IOC.

A morte de Carlos Chagas, em novembro de 1934, evidenciou não somente a necessidade de escolher um sucessor, tanto para o IOC, quanto para o CIL, como também

⁴³¹ “Relatório de 10 de abril a 10 de setembro de 1935, pelo Professor Eduardo Rabello, Diretor do CIL. Rio de Janeiro, 12 de setembro de 1935”, pp. 4 e 5. *Fundo Instituto Oswaldo Cruz, Seção Departamento de Medicina Tropical, Subseção Laboratório de Hanseníase*, Caixa 49, Maço 3. DAD/COC/Fiocruz.

⁴³² *Ibidem*, p.5

⁴³³ *Ibidem*, p.6

trouxe mudanças para ambos os institutos. No IOC, Manguinhos acabou perdendo sua autonomia política e financeira. No CIL, a morte de Chagas acelerou a transferência do Centro das instalações provisórias no IOC, para a sua sede original, na Fundação Gaffrée e Guinle. O sucessor de Chagas na direção do IOC, Antônio Cardoso Fontes, apontava a dificuldade em alocar o Centro em suas dependências, visto a insuficiência de salas, declarando que só acolheria o Centro até o final do ano de 1935.⁴³⁴

Para resolver a questão, o Comitê de Direção reuniu-se em 19 de junho de 1935 para definir a transferência das atividades do Centro.⁴³⁵ Decidiu-se que a partir de janeiro de 1936, o Centro seria transferido para as salas e laboratórios da Fundação Gaffrée e Guinle, no bairro do Maracanã, Rio de Janeiro, mediante um aluguel anual de 24 mil réis (cerca de 3.900 francos suíços).⁴³⁶ Embora a mudança não tenha evidenciado prejuízos para as atividades de pesquisa do Centro, certamente comprometeu sua reorganização.

A Fundação Gaffrée e Guinle fora criada em 20 de agosto de 1923, com o objetivo de perpetuar a memória de Eduardo Palassin Guinle (pai de Guilherme Guinle) e de seu sócio, Cândido Gaffrée.⁴³⁷ Caberia à família Guinle adquirir terrenos e construir um hospital para sífilis e doenças venéreas além de ambulatórios para diagnóstico e profilaxia da sífilis. O patrimônio seria posteriormente repassado à Fundação. A manutenção do Hospital ficaria a cargo do governo federal. Havia um Conselho de Administração formado pelo diretor do DNSP (então, Carlos Chagas), um professor da Faculdade de Medicina (Eduardo Rabello) e um representante da família Guinle (Guilherme Guinle). Tinha ainda um Conselho Consultivo formado por outros 17 membros, escolhidos entre pessoas de destaque na sociedade.

⁴³⁴ A informação sobre as declarações de Cardoso Fontes contam no relatório administrativo, técnico e financeiro do Diretor do Centro, aprovado pelo Comitê de Direção em sua reunião de 05 de setembro de 1935. Ver “League of Nations. C.H./Leprosy 13. Genebra, 3 de outubro de 1935. International Centre for Research on Leprosy. Third session of the Governing Body (October 1935)”, p.2. *Fundo Instituto Oswaldo Cruz, Seção Departamento de Medicina Tropical, Subseção Laboratório de Hanseníase*, Caixa 49, maço 3. Em 03 de outubro de 1935. DAD/COC/Fiocruz.

⁴³⁵ *Ibidem*.

⁴³⁶ “Relatório ao Conselho sobre os trabalhos da 22ª Sessão do Comitê de Higiene. Genebra 7-14 de outubro de 1935. p. 12. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

⁴³⁷ As informações sobre a Fundação Gaffrée e Guinle constam no livro de SANGLARD, Gisele Porto, *op. cit.*, p.169.

Segundo Sanglard, existia uma íntima relação entre a ação filantrópica de Guinle com o projeto da saúde pública representado pela IPLDV, chefiada por Eduardo Rabello. A afeição entre Guilherme Guinle e Carlos Chagas teria aproximado Guinle de Eduardo Rabello. Conforme nos sugere Gisele Sanglard, a amizade, impulsionada pelo ideal nacionalista de Guinle em colaborar para o futuro da nação, justificaria seu investimento financeiro aos projetos de Chagas e Rabello. Os médicos e o industrial sempre se reuniam e das suas conversas pode ter surgido a idéia de se criar um hospital especializado no combate ao câncer e à sífilis. E mais tarde, a idéia de financiar o Centro Internacional de Leprologia, cuja doença também era objeto de interesse de Rabello e campo de atuação da sua inspetoria.⁴³⁸

A composição do Conselho Administrativo da Fundação Gaffrée e Guinle à época em que foi criada reafirmava a proximidade da Fundação com a direção da Saúde Pública e com a Inspeção, que deveria dirigir seus trabalhos. Além, é claro, de demonstrar a aproximação pessoal dos três indivíduos. Rabello está presente no Conselho como representante da Faculdade de Medicina, mas deve-se atentar para os fatos de que o médico foi o responsável pela legislação antivenérea, implantada naquele momento e que era, ainda, o chefe da IPLDV.

O fato é que a partir de janeiro de 1936, o Centro Internacional de Leprologia passou a funcionar nas salas e laboratórios alugados na Fundação Gaffrée e Guinle. No programa inicial de atividades do CIL, datado de 31 de março de 1934, sua sede já estava prevista para ser instalada em um pavilhão de pesquisas da Fundação Gaffrée e Guinle, que ficaria assim distribuído:

“a) No pavimento térreo, do lado esquerdo da entrada, instalar: 1) A Secretaria; 2) O Gabinete do Secretário Geral e chefe da I Seção; 3) Sala de cursos e conferências; 4) Almoxarifado; 5) Biotério.

b) No pavimento superior, lado direito: 1) Sala de estatística e epidemiologia; 2) Laboratório de Pesquisas do Chefe da I Seção; 3) Laboratório de pesquisas reservado aos técnicos estrangeiros e médicos nacionais estagiários.

⁴³⁸ SANGLARD, Gisele Porto, *op. cit.*, pp. 170-171.

No lado esquerdo: 1) Laboratório de pesquisas do Chefe da II Seção; 2) Ateliê fotográfico.”⁴³⁹

Com a transferência do Centro para a Fundação Gaffrée e Guinle, o Comitê de Direção fez uma doação de 10.000 mil réis ao IOC, em reconhecimento à hospitalidade recebida pelo CIL, gratuitamente, durante um ano e meio.⁴⁴⁰

4.4. – As atividades do CIL

A principal fonte para apurar a intensa atividade realizada pelo CIL é a análise dos relatórios enviados ao Comitê de Higiene da Liga das Nações.⁴⁴¹ Nos relatórios, o trabalho desenvolvido no Centro era dividido por áreas como Epidemiologia, Química Farmacêutica, Clínica Terapêutica, Imunologia e Bacteriologia. Além disso, a publicação da Revista de Leprologia, ou ainda, a realização do Curso de Leprologia também eram especificados nos relatórios enviados para Genebra.

A agenda de trabalho era dividida a partir de quatro principais atividades: pesquisa, tratamento, ensino e publicação, que serão tratadas adiante. Em relação à pesquisa, foi dada ênfase à produção nacional de um medicamento que fosse similar ao óleo de chaulmoogra, visto ser o medicamento um produto importado com grande demanda e alto custo. O tratamento era realizado de modo sistemático especialmente no Hospital de Curupaiti, bem como em alguns dispensários e centros de saúde. Em relação ao ensino, o CIL disponibilizou, a partir de 1936, um Curso de Leprologia com duração de quatro meses, oferecendo conhecimentos específicos sobre a leprologia. Também a partir desse

⁴³⁹ “Centro Internacional de Leprologia. Rio 31/03/1934. Programa de Atividade”. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOC CC.06.053. DAD/COC/Fiocruz.

⁴⁴⁰ “Relatório ao Conselho sobre os trabalhos da 22ª. Sessão do Comitê de Higiene, realizada de 7 a 14 de outubro de 1935”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

⁴⁴¹ Os vários relatórios enviados à Genebra podem ser encontrados nas minutas das reuniões do Comitê de Higiene que se encontram no *Fundo Liga das Nações*. DAD/COC/Fiocruz.

ano, o Centro tornou-se responsável pela publicação de uma revista de leprologia, de âmbito nacional, que divulgava especialmente os avanços com relação à pesquisa, bem como trabalhos diversos especificamente sobre a leprologia.

4.4.1 - Pesquisa

No campo da pesquisa, o Centro realizava atividades em três seções diferentes. A primeira se referia às investigações ligadas à epidemiologia, com a realização sistemática de inquéritos epidemiológicos, verificando a frequência e a distribuição da doença pelo país. A segunda estava relacionada ao campo da bacteriologia e imunologia, estudando os mecanismos pelos quais o organismo respondia aos antígenos, além de se ocupar dos aspectos biológicos (observados *in vivo*), sorológicos (observados *in vitro*) e físico-químicos dos fenômenos imunológicos testados. A terceira realizava as análises laboratoriais no campo da quimioterapia, na busca incessante de um medicamento capaz de curar o doente e aliviar os sintomas de sua doença – embora quase sempre trazendo fortes efeitos colaterais.

As investigações epidemiológicas, comandadas pelo Dr. Heraclides César de Souza-Araújo, atuaram especificamente na cidade do Rio de Janeiro (Distrito Federal), estendendo a atividade eventualmente aos estados de Minas Gerais, Espírito Santo e Rio de Janeiro, após acordos com os respectivos serviços estaduais de lepra.⁴⁴² O convênio estabelecido entre o CIL e o Departamento de Profilaxia da Lepra de São Paulo⁴⁴³ permitiu que o modelo de inquérito desenvolvido por Souza-Araújo também fosse aplicado neste estado, sob a supervisão direta do Dr. Salles Gomes, diretor daquele departamento. Para conseguir informações de estados que não firmaram acordo com o Centro, criou-se um

⁴⁴² Nesses locais, as investigações epidemiológicas foram realizadas desde o início das atividades do CIL. “Relatório ao Conselho sobre os trabalhos da 22ª. Sessão do Comitê de Higiene, realizada de 7 a 14 de outubro de 1935.” *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz..

⁴⁴³ Este acordo encontra-se citado no relatório apresentado por Eduardo Rabello ao Comitê de Higiene da Liga das Nações. *Ibidem*. p. 13.

mecanismo onde as informações desejadas pela Seção de Epidemiologia eram fornecidas em troca dos medicamentos desenvolvidos pela Seção de Química Farmacêutica do CIL. Participaram deste esquema os estados do Paraná e Ceará.⁴⁴⁴ As fichas, preenchidas conforme o modelo definido pelo CIL, eram enviadas ao Centro para serem analisadas e incluídas nas estatísticas.

Na tentativa de uniformizar os dados coletados nos inquéritos epidemiológicos, Souza-Araújo desenvolveu uma ficha-modelo que deveria ser utilizada pelos recenseadores.⁴⁴⁵ As fichas clínicas e epidemiológicas, disponíveis a partir de 1937, deveriam ser preenchidas com informações completas sobre o doente, como idade, profissão, estado civil, de que forma adquiriu a doença, qual seu tipo clínico, qual o tratamento utilizado, se tinha familiares doentes.⁴⁴⁶ No verso da ficha, todas as lesões do doente seriam descritas, bem como assinalado num desenho de um corpo humano, o tipo de lesão encontrado no doente, bem como seu local exato, conforme uma legenda de sinais pré-definidos. É preciso atentar para o fato de que a prática desses inquéritos epidemiológicos diferenciava-se dos censos leproológicos realizados pela IPLDV, que objetivavam apenas encontrar doentes pelo país, enquanto os leproológicos pretendiam fazer um histórico completo de cada paciente.⁴⁴⁷

Durante a inauguração do CIL, ficou decidido que as atividades de pesquisa da seção de Bacteriologia e Imunologia seriam chefiadas pelo Dr. Carneiro Felipe. Entretanto, desde 1935 o Comitê de Direção esperava que a Liga das Nações enviasse ao

⁴⁴⁴ O Estado do Paraná teria enviado 400 fichas ao CIL em 1937. “Relatório ao Conselho sobre os trabalhos da 29ª. Sessão do Comitê de Higiene, realizada de 12 a 15 de outubro 1938.” *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz. A informação sobre a análise das fichas enviadas pelo estado do Ceará aparece no relatório das atividades de 1938. “Relatório ao Conselho sobre os trabalhos da 30ª. Sessão do Comitê de Higiene, realizada de 4 a 6 de maio de 1939.” *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

⁴⁴⁵ Uma das fichas, datada de 1938, que era utilizada pelo Centro Internacional de Leprologia pode ser encontrada no *Fundo Instituto Oswaldo Cruz, Seção Departamento de Medicina Tropical, Subseção Laboratório de Hanseníase*, Caixa 14, maço 2. DAD/COC/Fiocruz.

⁴⁴⁶ No programa de trabalho do CIL para o ano de 1937, consta na seção de Epidemiologia a intenção de desenvolver um plano de inquéritos com uma ficha-modelo que deveria ser adotada por todos os serviços de lepra nos Estados. “Relatório do Comitê de Higiene sobre os trabalhos da 24ª. Sessão do Comitê de Higiene, realizada de 5 a 9 de fevereiro de 1937.” *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

⁴⁴⁷ O censo leproológico realizado pela IPLDV era uma atividade de resultados imperfeitos, principalmente pelo fato de que não se tinha o conhecimento exato do número de doentes de lepra no país, já que a lepra era uma doença que poderia ser facilmente confundida com outras dermatoses; além de permitir que muitas famílias escondessem seus doentes, mentindo sobre a existência de leproso em seus lares. Ainda assim, o censo leproológico oficial de 1935 apontava para um total de 30 mil doentes em todo o país. BARRETO, João de Barros. “Problemas Nacionais: I – Lepra”. *Arquivos de Higiene*, 1935:5 (1) 119-130.

Centro um especialista na área para assumir a chefia, em tempo integral, – tal como fez com o Dr. Cole, na Química –, mas isso não ocorreu. Aliás, era um desejo que Carlos Chagas expressava desde a fundação do CIL.⁴⁴⁸ Mesmo sem contar com o especialista que seria enviado pela Liga, e com recursos limitados⁴⁴⁹, a seção desenvolveu normalmente suas atividades, com a colaboração de um assistente da Clínica Dermatológica do Rio de Janeiro. Estudaram as reações provocadas nos doentes pelo uso de antígenos específicos; o estudo patológico geral da lepra tuberculóide e a possibilidade da co-infecção tuberculosa em pacientes de lepra.⁴⁵⁰ Uma das pesquisas que se estendeu foi o estudo sobre a transmissão da lepra nos ratos. Realizaram, ainda, pesquisas sorológicas, em especial a reação com o antígeno de Witesby, de grande importância para o diagnóstico da lepra, bem como pesquisas para tentar fixar uma reação sorológica que permitisse o diagnóstico entre a lepra e a sífilis.

Na Seção de Química, o trabalho era impulsionado pela busca de produtos que dessem algum resultado substancial no tratamento e cura dos doentes. O acordo firmado entre o governo brasileiro e a Liga das Nações informava no item IX que a Liga se comprometeria, através do Comitê de Higiene, de enviar especialistas para orientar e realizar investigações sobre os problemas ainda obscuros da lepra, de acordo com o programa de atividades adotado.⁴⁵¹ Os especialistas poderiam ser sugeridos, ou não, pelo Comitê de Direção, mas em qualquer caso o governo brasileiro deveria aprovar sua nomeação.

⁴⁴⁸ O documento enviado ao Conselho de Administração do CIL em Genebra data de 03 de outubro de 1935. No terceiro item das resoluções e recomendações da reunião do Comitê de Direção, fica expresso tanto o desejo do Comitê, quanto a vontade que Chagas teria manifestado enquanto Diretor do CIL. Ver “Documento do Secretário do Comitê de Direção transmitindo ao Presidente do Conselho de Administração: 1) O relatório do Diretor do CIL, aprovado pelo Comitê de Direção em sua reunião em 05 de setembro de 1935; 2) As resoluções e recomendações adotadas na reunião”. *Fundo Instituto Oswaldo Cruz, Seção Departamento de Medicina Tropical, Subseção Laboratório de Hanseníase*, Caixa 49, maço 3. DAD/COC/Fiocruz.

⁴⁴⁹ O relatório administrativo, técnico e financeiro relativo ao exercício 1935/1936, não explica o motivo de esta seção ter verbas limitadas. Entretanto podemos deduzir que, caso a Liga das Nações enviasse o especialista para trabalhar em tempo integral, a mesma arcaria com suas despesas. “Relatório do Comitê de Higiene sobre os trabalhos da 24ª. Sessão do Comitê de Higiene, realizada de 5 a 9 de fevereiro de 1937”, p. 19. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

⁴⁵⁰ “Relatório de 10 de abril a 10 de setembro de 1935, pelo Professor Eduardo Rabello, Diretor do CIL. Rio de Janeiro, 12 de setembro de 1935”, p. 5. *Fundo Instituto Oswaldo Cruz, Seção Departamento de Medicina Tropical, Subseção Laboratório de Hanseníase*, Caixa 49, Maço 3. DAD/COC/Fiocruz.

⁴⁵¹ “Centro Internacional para o Estudo da Lepra – Criação”. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOC CC.06.101. DAD/COC/Fiocruz.

Em março de 1935, o Ministério das Relações Exteriores do Brasil recebeu um ofício do Secretário do Conselho de Administração do Centro, Ludwik Rajchman, onde recomendava o Dr. Howard Irving Cole, especialista da quimioterapia da lepra, que foi encarregado pela Seção de Higiene da Liga das Nações para realizar estudos científicos no CIL. Em resposta, José Carlos de Macedo Soares, Secretário Geral do MRE afirmou que “O governo brasileiro terá a maior satisfação em facilitar ao Sr. Professor Cole o desempenho do encargo que lhe foi confiado”⁴⁵²

O Dr. Cole tornou-se conhecido por seus trabalhos na leprosaria de Cullion, nas Filipinas. No CIL, ficou responsável pela seção de química terapêutica. Os óleos de chaulmoogra mais utilizados naquele momento eram os provenientes das espécies *Hydnocarpus wightiana* e *Hydnocarpus anthelmintica*, respectivamente naturais da Índia e do Sião.⁴⁵³ No Brasil, a existência de algumas flacourtiáceas⁴⁵⁴ incentivou a pesquisa sobre o óleo existente nas sementes da “Sapucainha” (*Carpotroche brasiliensis*). Cole tinha a intenção de preparar um medicamento nacional que fosse possível substituir o óleo de chaulmoogra importado. As pesquisas necessárias para comprovar seu efeito terapêutico foram incisivamente realizadas pelo pesquisador durante o tempo em que trabalhou no CIL.

Além das pesquisas em busca de um produto nacional, Cole também se dedicou a preparar ésteres do chaulmoogra, para substituir o uso da versão em óleo. O processo desenvolvido por Cole em parceria com o Dr. Humberto T. Cardoso, constituía na diluição do óleo de chaulmoogra para transformá-lo em um éster, num processo que duraria oito horas em ebulição constante e vigorosa. A preferência pelo uso dos ésteres se dava pela necessidade de se conseguir um medicamento que fosse absorvido mais rapidamente do

⁴⁵² Correspondência manuscrita de José Carlos de Macedo Soares, Secretário Geral do MRE, encaminhada à Ludwik Rajchman em 24 de junho de 1935. *Palácio Itamaraty – Departamento de Comunicações e Documentação (DCD)/Centro de Documentação (CDO)/Seção do Arquivo Histórico* – referência: 78/3/06

⁴⁵³ Segundo Cole, o “óleo de chaulmoogra” passou a ser adotado para denominar a classe de óleos que continham ácido chaulmoogrico ou ácido hydnocárpico. O óleo de chaulmoogra original (*Taraklogenos kurzii*) teria sido substituído pelos óleos acima citados, principalmente em virtude do preço. COLE, Howard Irving. “Os óleos de chaulmoogra e sua preparação.” *Revista Brasileira de Leprologia*. 1936: IV (1) 3-7.

⁴⁵⁴ Definição botânica de Flacourtiáceas: Família de plantas floríferas, composta de arbustos e árvores de folhas alternas, pequenas flores solitárias ou cimosas, actinomorfas e hermafroditas, perianto variável, androceu polistêmone, ovário multicarpelar e pluriúvulado, e cujo fruto é baga ou cápsula. Há cerca de 800 espécies dos países intertropicais, muitas das quais indígenas. As plantas consideradas Chulmoogras fazem parte da família das Flacourtiáceas, entre elas: *Hydnocarpus*, *Carpotroche*, *Caloncoba*, *Oncoba*, *Lindackeria* e *Mayna*. Cf. Novo Dicionário Eletrônico Aurélio versão 5.0.

que os óleos – por conta da sua alta viscosidade – e que fosse, portanto, mais facilmente aplicado nos pacientes. E que, ao mesmo tempo, fosse tão eficaz e menos irritante que a versão oleosa.⁴⁵⁵

Os ésteres iodados⁴⁵⁶ e creosotados⁴⁵⁷ preparados pelo Dr. Cole foram rapidamente testados nos pacientes em tratamento na Colônia de Curupaiti. Para o ano de 1936 pretendeu-se a obtenção de uma renda eventual, com a venda dos medicamentos produzidos pela seção para os serviços de saúde estrangeiros e instituições privadas que tivessem o interesse de adquiri-los. A renda extra seria revertida no desenvolvimento dos trabalhos do próprio Centro.⁴⁵⁸ Quando o CIL deixou o IOC, parte da renda foi entregue à direção do Instituto à título indenizatório, pela utilização dos laboratórios de Manguinhos. Em 1937, o Dr. Cole conseguiu isolar os ácidos ativos do chaulmoogra e da Sapucainha, o que trouxe novidades físico-químicas, já que ambas teriam efeitos terapêuticos semelhantes. Pelos resultados obtidos nos testes realizados nos pacientes, o Dr. Cole teria conseguido ao que se propôs: desenvolver um éster que teria se tornado ao mesmo tempo mais ativos e menos irritante aos pacientes.⁴⁵⁹

Com as pesquisas realizadas pelo Dr. Cole, esperava-se que a Seção de Química terapêutica pudesse fornecer os medicamentos chaulmoogricos necessários aos serviços brasileiros de saúde e, quiçá, da América Latina, em condições que diminuíssem os gastos públicos com a lepra – visto ser a importação do óleo indiano muito cara.⁴⁶⁰ O Dr. Cole permaneceu no CIL até o final das suas atividades.

⁴⁵⁵ Sobre os ésteres etílicos de chaulmoogra, ver: COLE, H. I. e CARDOSO, Humberto T. “Os ésteres etílicos de chaulmoogra.” *Revista Brasileira de Leprologia*. 1936: IV (3) 333-340.

⁴⁵⁶ Ao qual se adicionou iodo. Cf. Novo Dicionário Eletrônico Aurélio versão 5.0.

⁴⁵⁷ Atividade química em que se aplica a fração da destilação do alcatrão, constituída por hidrocarbonetos, fenol e outros derivados aromáticos. Cf. Novo Dicionário Eletrônico Aurélio versão 5.0.

⁴⁵⁸ “Relatório de 10 de abril a 10 de setembro de 1935, pelo Professor Eduardo Rabello, Diretor do CIL. Rio de Janeiro, 12 de setembro de 1935”, p. 4 e 5. *Fundo Instituto Oswaldo Cruz, Seção Departamento de Medicina Tropical, Subseção Laboratório de Hanseníase*, Caixa 49, Maço 3. DAD/COC/Fiocruz.

⁴⁵⁹ “Relatório ao Conselho sobre os trabalhos da 29ª. Sessão do Comitê de Higiene, realizada de 12 a 15 de outubro 1938”, p. 6. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

⁴⁶⁰ “League of Nations. C.H./Leprosy 13. Genebra, 3 de outubro de 1935. International Centre for Research on Leprosy. Third session of the Governing Body (October 1935)”, p.2. *Fundo Instituto Oswaldo Cruz, Seção Departamento de Medicina Tropical, Subseção Laboratório de Hanseníase*, Caixa 49, maço 3. Em 03 de outubro de 1935. DAD/COC/Fiocruz.

4.4.2 - Tratamento

A Seção de Clínica Terapêutica ficava responsável pelos testes dos medicamentos manipulados no CIL em pacientes internados em leprosários, ou realizando tratamento nos dispensários. A atuação conjunta com a seção de Química era fundamental para o sucesso de ambas. O acordo firmado por Rabello com o DNSP, em 1935, permitiu que o CIL continuasse a realizar os testes em Curupaiti, nos dispensários, nos centros de saúde, além dos serviços de lepra estaduais que desejassem.⁴⁶¹ Mas o foco dos estudos do Centro eram as pesquisas clínicas realizadas em Curupaiti. No relatório que apresentava o plano de trabalho para 1937, os doentes seriam separados em dois grupos – um receberia os preparados chaulmoogricos e o outro não – para uma melhor visualização dos efeitos provocados pelo uso do medicamento preparado pelo CIL.⁴⁶² Os resultados disponibilizados no relatório de 1938 – referente às atividades de 1937 – parecem ter convencido os médicos e pesquisadores sobre a eficácia do produto, visto que os pacientes apresentaram melhoras nas lesões, chegando inclusive ao seu desaparecimento e a obtenção da cura clínica, em alguns casos.⁴⁶³ Outra pesquisa desenvolvida nos internos de Curupaiti estava voltado ao regime alimentar, mais especificamente sobre o papel das vitaminas no tratamento da doença, em geral, em particular na melhora das lesões, principalmente as vitaminas A e B.⁴⁶⁴

Um destaque relativo a essa seção de Clínica Terapêutica é a pesquisa desenvolvida por Álvaro Ozório de Almeida, referente à utilização do oxigênio sob pressão nas lesões

⁴⁶¹ O acordo com o Departamento Nacional de Saúde Pública encontra-se transcrito no “Relatório de 10 de abril a 10 de setembro de 1935, pelo Professor Eduardo Rabello, Diretor do CIL. Rio de Janeiro, 12 de setembro de 1935”, p. 3 e 4. *Fundo Instituto Oswaldo Cruz, Seção Departamento de Medicina Tropical, Subseção Laboratório de Hanseníase*, Caixa 49, Maço 3. DAD/COC/Fiocruz.

⁴⁶² “Relatório do Comitê de Higiene sobre os trabalhos da 24ª. Sessão do Comitê de Higiene, realizada de 5 a 9 de fevereiro de 1937”, p. 19. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

⁴⁶³ “Relatório ao Conselho sobre os trabalhos da 29ª. Sessão do Comitê de Higiene, realizada de 12 a 15 de outubro 1938”, p. 6. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

⁴⁶⁴ Sobre a Vitamina A, ver “Relatório ao Conselho sobre os trabalhos da 30ª. Sessão do Comitê de Higiene, realizada de 4 a 6 de maio de 1939”, p. 8. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz. Sobre a Vitamina B, ver “Relatório ao Conselho sobre os trabalhos da 31ª. Sessão do Comitê de Higiene, realizada de 20 a 24 de novembro de 1939”, p. 5. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

causadas pela lepra. Álvaro formou-se em medicina pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1905.⁴⁶⁵ No ano seguinte, foi a Europa com a finalidade de se preparar para o concurso de professor substituto da cadeira de fisiologia e terapêutica da Faculdade em que se formou. Ao voltar ao Brasil, pleiteou, junto ao Diretor do IOC, Oswaldo Cruz, a criação de uma seção de fisiologia, sem obter êxito. Resolveu montar um laboratório no porão da residência de seus pais, onde passou a trabalhar com seu irmão, Miguel. Parte dos estudos realizados neste laboratório “caseiro” foi financiada por Cândido Gaffrée, sócio de Eduardo Palassin Guinle. Em 1911, assumiu a direção da Inspetoria Geral de Higiene e Saúde Pública, do Estado do Rio de Janeiro, instituindo o serviço de combate sistemático à ancilostomíase que utilizava um medicamento cuja fórmula (neftol-beta associado a fenolftaleína) era de sua autoria. Também neste ano foi nomeado professor extraordinário de fisiologia da Faculdade de medicina do Rio de Janeiro, mas por conta das condições de trabalho na instituição, não permaneceu no cargo.

Em 1932, Álvaro fechou seu laboratório e passou a trabalhar no Hospital Gaffrée e Guinle, de forma independente: seu laboratório funcionava nas dependências do Hospital, mas era custeado unicamente por subvenção particular do próprio Guilherme Guinle.⁴⁶⁶ Lá desenvolvia suas pesquisas de fisiologia, especialmente sobre o câncer e a lepra. O pioneirismo do uso da terapia com o oxigênio sob pressão no Brasil coube à Álvaro, que implantou a primeira *câmara hiperbárica* da América Latina em 1932, no Hospital que trabalhava. A amizade com Guinle o aproximou das atividades realizadas pelo CIL. Com isso, a oxigenoterapia hiperbárica foi testada em doentes de Curupaiti obtendo bons resultados no tratamento da lepra de tipo lepromatoso.⁴⁶⁷ A terapia poderia ser antecedida por injeções locais de azul de metileno, o que, segundo Ozório de Almeida, potencializava a reação de oxidação nos lepromas.

⁴⁶⁵ Informações biográficas sobre Álvaro Ozório de Almeida foram retiradas do verbete “Almeida, Álvaro Ozório de”. Dicionário *Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)*. Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br> Acesso em: 04 mai. 2010.

⁴⁶⁶ SANGLARD, Gisele Porto e COSTA, Renato da Gama-Rosa. “Direções e traçados da assistência hospitalar no Rio de Janeiro (1923-1931)” *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* [online], 2004, vol 11, n. 1, pp 107-141. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702004000100007&lng=en&nrm=iso Acesso em: 05 mai. 2010.

⁴⁶⁷ A oxigenoterapia hiperbárica consistia na aplicação do oxigênio pressurizado sob as feridas dos doentes, através de uma câmara. Consulta ao verbete “Almeida, Álvaro Ozório de”. Dicionário *Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)*. Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br> Acesso em 04 mai. 2010.

A transferência sede do Centro do IOC para a Fundação Gaffrée e Guinle facilitou e ampliou o contato de Álvaro com o CIL. Embora não fizesse parte diretamente do programa inicial de atividades da instituição, a pesquisa desenvolvida por Álvaro Ozório de Almeida logo entrou em seus relatórios, visto o interesse maior do Centro em facilitar a atividade dos pesquisadores para que se fizessem descobertas no campo da terapêutica da doença. Sua pesquisa sobre o tratamento da lepra através da oxigenoterapia hiperbárica continuou sendo financiada pessoalmente por Guilherme Guinle, sem contar com as verbas do CIL. Em 1937, um trabalho publicado sobre esse tratamento em câmaras de oxigênio sob pressão deu a Álvaro Ozório de Almeida o reconhecimento que lhe cabia pela descoberta.⁴⁶⁸

4.4.3. – Ensino

A partir de 1936, o CIL passou a oferecer um Curso de Leprologia com duração de quatro meses. Foi considerado um curso de extensão universitária, sendo oferecido aos alunos da Faculdade de Medicina, além de médicos e sanitaristas que desejassem se especializar. O curso, dirigido por Eduardo Rabello, tinha o objetivo de oferecer aos interessados os conhecimentos mais modernos sobre a leprologia e preparar técnicos para os serviços de saúde pública, ainda deficientes de profissionais dotados da especialização. Melhor preparados evitariam os erros de diagnóstico e aplicariam o melhor tratamento para cada caso.

O Curso possuía uma parte teórica, com aulas expositivas, e uma parte prática com trabalhos realizados no Pavilhão São Miguel, da Santa Casa de Misericórdia, onde funcionava a Clínica Dermatológica da Faculdade de Medicina da Universidade do Brasil (antiga denominação da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ); no Hospital

⁴⁶⁸ Álvaro Ozório de Almeida e Eduardo Rabello “Ensaio de tratamento da lepra pelo oxigênio sob pressão”. Comunicação feita à Academia Nacional de Medicina, em 26 de novembro de 1937. *Jornal do Commercio* Rio de Janeiro, 27-XI-1937 *Apud* “Almeida, Álvaro Ozório de”. Dicionário *Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)*. Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br> Acesso em: 04 mai. 2010.

Colônia de Curupaiti; nos dispensários dos Centros de Saúde e nos preventórios paulistas Santa Therezinha e Abrigo Feliz. Foram professores do curso, entre outros, Joaquim Mota, Hildebrando Portugal, Eduardo Rabello, Aguiar Pupo, Souza-Araújo, Gilberto Villela, Howard Irving Cole e Humberto Cardoso.

O primeiro curso oferecido pelo CIL foi inaugurado no dia 13 de julho de 1936, com uma conferência do Professor Pedro Baliña – membro do Comitê de Direção do CIL – sobre o problema da lepra na Argentina.⁴⁶⁹ Os 87 alunos inscritos tiveram aulas sobre questões importantes para o tema, como o estudo prático das dermatoses confundíveis com a lepra; a etiologia, anatomia patológica, patologia geral e clínica da doença, geografia e estatística e endemiologia, além dos vários problemas relacionados à profilaxia da lepra. Tiveram ainda trabalhos práticos sobre toda a matéria do curso, além de conferências complementares e uma viagem a São Paulo afim de que os alunos conhecessem os serviços de combate à lepra naquele Estado.⁴⁷⁰

O curso de 1936 foi encerrado por Rabello no dia 14 de novembro. Ao final do curso, os alunos deveriam realizar três provas para obter o diploma: uma prova escrita – cujo tema escolhido por sorteio para a dissertação foi: “Síndromes nervosas confundíveis com a lepra. Lepra nervosa”⁴⁷¹ –, que seria realizada na Faculdade de Medicina, localizada na Praia Vermelha; uma prova prática no Hospital Colônia de Curupaiti; e uma prova oral na Clínica Dermatológica (Pavilhão São Miguel). Do total de inscritos, somente 40 compareceram às provas, sendo todos aprovados. O primeiro lugar recebeu um prêmio em dinheiro e do primeiro ao terceiro lugares receberam medalhas. Destaque para alguns expoentes no campo da leprologia nacional, como Thomaz Pompeu Rossas, quinto colocado no curso deste ano, que em outubro de 1937 assumiu a direção do Leprosário do Bonfim, no Maranhão, por indicação de Eduardo Rabello e Souza-Araújo⁴⁷²; e João

⁴⁶⁹ BALIÑA, Pedro L. “Consideraciones sobre el problema de la lepra en la Argentina”. *Revista Brasileira de Leprologia* 1936: IV (4) 489-502.

⁴⁷⁰ Todo o programa do curso oferecido em 1936 encontra-se transcrito no noticiário da *Revista Brasileira de Leprologia* 1936: IV (3) 393-398.

⁴⁷¹ “Centro Internacional de Leprologia. Curso de Leprologia de 1936. 1ª Turma de diplomados.” *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*, 1937: XII (1-6) 45-46.

⁴⁷² LEANDRO, José Augusto. A hanseníase no Maranhão na década de 1930: rumo à Colônia do Bonfim. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*. 2009:16 (2) 433-447.

Baptista Risi, décimo colocado, que se tornou médico do Serviço Nacional de Lepra, criado em 1942 e mais tarde, o primeiro diretor do Instituto de Leprologia (1952-1960).⁴⁷³

Sobre os cursos realizados em 1937 e 1938, não foram encontrados maiores detalhes. Mas, a partir dos relatórios enviados à Liga das Nações pode-se depreender que o curso recebeu um número cada vez menor de inscritos, na tentativa de intensificar o lado prático das aulas. Em 1937, foi realizado durante os meses de julho a novembro, com 45 alunos inscritos, sendo que 35 deles obtiveram o diploma.⁴⁷⁴ Em 1938, foram 21 médicos inscritos e 15 obtiveram o certificado.⁴⁷⁵ No ano de 1939, o curso não foi realizado devido ao encerramento das atividades do CIL em 12 de junho.⁴⁷⁶

4.4.4. – Publicação

Antes mesmo da inauguração do Centro Internacional de Leprologia, havia a previsão de uma publicação oficial de uma revista entre suas atividades. O objetivo era que pudessem apresentar à comunidade científica não só as pesquisas que eram realizadas no CIL, mas principalmente as novidades no campo da leprologia. Entretanto, a criação de uma nova revista implicaria num gasto financeiro que o CIL não teria condições de arcar, visto ser sua verba limitada às doações de Guinle e a subvenção do governo federal. A saída encontrada foi associar-se a uma revista já existente, por intermédio de um acordo, onde o Centro subvencionaria parte da publicação.⁴⁷⁷

⁴⁷³ O Instituto de Leprologia foi criado em 1946, na estrutura do Serviço Nacional de Lepra, para realizar pesquisas laboratoriais no campo da leprologia. MACIEL, Laurinda Rosa, *op. cit.*, p. 189-200.

⁴⁷⁴ “Relatório ao Conselho sobre os trabalhos da 29ª Sessão do Comitê de Higiene realizada de 12 a 15 de outubro 1938”, pp 5-8. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

⁴⁷⁵ “Relatório ao Conselho sobre os trabalhos da 30ª. Sessão do Comitê de Higiene, realizada de 4 a 6 de maio de 1939”, pp. 7-12. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

⁴⁷⁶ “Relatório ao Conselho sobre os trabalhos da 31ª. Sessão do Comitê de Higiene, realizada de 20 a 24 de novembro de 1939”, pp. 5-7. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

⁴⁷⁷ Para a manutenção da Revista Brasileira de Leprologia, o CIL passou a contribuir com 8 contos de réis e a Sociedade Paulista com 3 contos de réis. Com a filiação de novas sociedades, estas também deveriam

A Sociedade Paulista de Leprologia, a primeira a ser criada no Brasil especificamente sobre essa doença, foi fundada em 23 de agosto de 1933, por iniciativa do Corpo Clínico do Sanatório Padre Bento, em Guarulhos, São Paulo, liderado por Lauro de Souza Lima.⁴⁷⁸ No mês seguinte à fundação, a Sociedade já publicava o primeiro número de seu órgão oficial, a “Revista de Leprologia de São Paulo”, contando com trabalhos de renomados especialistas como Nelson de Souza Campos, Lauro de Souza Lima, Flávio Maurano, além de transcrições de artigos internacionais. Sua redação e administração funcionavam na sede do Departamento de Profilaxia da Lepra do Estado. Com periodicidade trimestral, comportava, ainda, um número especial ao ano, normalmente temático.

Em 1936, um acordo firmado entre a Sociedade Paulista de Leprologia e o CIL alterou a denominação da revista paulista, que passou a chamar-se “Revista Brasileira de Leprologia”.⁴⁷⁹ Na seção extraordinária da Sociedade Paulista de Leprologia, realizada no dia 29 de fevereiro de 1936, foram estabelecidas as bases desse acordo com o CIL.⁴⁸⁰ A nova publicação, que seria patrocinada por ambos, teria a direção científica exercida pelo diretor do CIL, Eduardo Rabello, e secretariada por Abrahão Rotberg.⁴⁸¹ Seu objetivo, ora publicado no editorial de 1936, era “(...) *Agitar e focalizar o problema da lepra, onde ele*

contribuir financeiramente com a publicação. Conforme o item 5 do “Acordo celebrado entre a Sociedade Paulista de Leprologia, representada por seu presidente, e o Diretor do Centro Internacional de Leprologia, para a publicação da ‘Revista Brasileira de Leprologia.’” *Revista Brasileira de Leprologia* 1936:IV(1) 90.

⁴⁷⁸ “Hansenologia Internationalis” *Hansenologia Internationalis.*, 1(1):3-6, 1976. A Revista Brasileira de Leprologia publicou volumes até 1970. O periódico “Hansenologia Internationalis” seria uma espécie de “continuação daquela revista”, nas palavras de Abrahão Rotberg (Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária - Instituto de Saúde, CST, Secretaria da Saúde, - 16 de abril de 1975). Ver “Hansenologia Internationalis” *Hansenologia Internationalis.*, 1(1):3-6, 1976, p.3.

⁴⁷⁹ O acordo encontra-se transcrito na página 90 da *Revista Brasileira de Leprologia*, vol. IV, número 1, março de 1936, e foi assinado por Antônio Gil de Castro Cerqueira Pinto, Presidente da Sociedade Paulista de Leprologia e por Eduardo Rabello, Diretor do Centro Internacional de Leprologia. O item 8 previa, ainda que a Sociedade Paulista de Leprologia poderia retomar a publicação em caso de rescisão do acordo. “Acordo celebrado entre a Sociedade Paulista de Leprologia, representada por seu presidente, e o Diretor do Centro Internacional de Leprologia, para a publicação da ‘Revista Brasileira de Leprologia.’” *Revista Brasileira de Leprologia* 1936:IV(1) 90.

⁴⁸⁰ “Sociedade Paulista de Leprologia – sessão extraordinária – 29-02-1936”. *Revista Brasileira de Leprologia* 1936: IV (1) 98.

⁴⁸¹ Conforme o item 6 do “Acordo celebrado entre a Sociedade Paulista de Leprologia, representada por seu presidente, e o Diretor do Centro Internacional de Leprologia, para a publicação da ‘Revista Brasileira de Leprologia.’” *Revista Brasileira de Leprologia* 1936:IV(1) 90.

*jaz esquecido, propagar e difundir as organizações existentes, proclamar os resultados, onde a boa sorte os favorecerem (...)*⁴⁸².

Desde seus primeiros números, a Revista Brasileira de Leprologia representou um espaço de divulgação de idéias, sobretudo àquelas referentes à pesquisa laboratorial. A tônica dos trabalhos publicados era a divulgação de práticas terapêuticas, rotinas de trabalho e experiências de tratamentos diferenciados, utilizando o recurso de tabelas e ilustrações. Tornou-se um ponto de convergência para estes temas que antes da criação da Revista, tinham seu espaço de publicação pulverizado, por exemplo, entre os Arquivos de Higiene ou os Anais da Sociedade Brasileira de Dermatologia.

Embora o acordo efetivado com o CIL tenha trazido os profissionais do Rio de Janeiro, Minas Gerais e Paraná para publicarem seus trabalhos na Revista, é fácil a percepção que os leprologistas do estado de São Paulo eram seus mais assíduos colaboradores. Ainda assim, a Revista Brasileira de Leprologia representou um espaço de diálogo importante entre esses profissionais, divulgando um saber que consolidava sua especialização profissional.

As várias frentes de pesquisas, os testes terapêuticos realizados, a promoção de um curso específico de leprologia e a publicação de uma revista sobre a doença tornaram o Centro Internacional de Leprologia um experimento de sucesso diante dos objetivos para os quais foi criado. Não obstante o cumprimento desses objetivos e mesmo apresentando e desempenhando uma agenda de trabalho e pesquisa tão intensa, o Centro Internacional de Leprologia deixou de funcionar ao final do primeiro semestre de 1939. No próximo capítulo serão abordados os motivos que levaram ao término de um acordo que parecia estar superando as expectativas. A situação política internacional, aproximando-se de uma nova Guerra Mundial certamente dificultou o cumprimento de convênios como os acordados com a Liga das Nações. Além disso, com o fim das atividades do CIL, apresentaremos as continuidades e descontinuidades no cenário nacional no que se refere tanto às políticas vigentes no Brasil com relação à doença, em especial o Serviço Nacional de Lepra, criado em 1941, como a criação do Instituto de Leprologia, que deu prosseguimento às pesquisas que ainda eram necessárias sobre a endemia.

⁴⁸² “Editorial” *Revista Brasileira de Leprologia* 1936:IV(1), p.88.

Capítulo 5

O FIM DA COOPERAÇÃO INTERNACIONAL E AS CONTINUIDADES DA POLÍTICA ANTI-LEPRA.

“Desde a criação do Serviço Nacional de Lepra, em 1941, cuja direção me foi confiada, pensei firmemente em instalar um instituto de pesquisas sobre a lepra, pois, havia desaparecido o Centro Internacional de Leprologia, que funcionou de 1934 a 1939, graças ao acordo firmado entre a Liga das Nações, o Governo do Brasil e o filantropo brasileiro Guilherme Guinle”. (Ernani Agrícola, 1970)⁴⁸³

“Para se neutralizar a propagação do mal e apagá-lo do nosso meio se erguem do norte ao sul do país modernas colônias para os enfermos, belos preventórios para os filhos dos hansenianos e se prepara, agora, a extensão de uma rede de dispensários para melhor subjugar o mal e colocá-lo sob o controle mais seguro e eficaz. Após isto tudo, alguma coisa mais ainda se precisa, e que não está sendo descurado: é o Instituto de Leprologia” (Idem, 1945)⁴⁸⁴

⁴⁸³ AGRÍCOLA, Ernani. “Instituto de Leprologia – Um pouco de sua história”. In: BRASIL. *Instituto de Leprologia – Organização e Atividades*. Rio de Janeiro: Divisão Nacional de Lepra, 1970, p. 9.

⁴⁸⁴ AGRÍCOLA, Ernani. “Atividades do SNL em 1943 (trechos do relatório apresentado ao Diretor Geral do DNS)”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano IV, nº 1, março de 1945, p. 55.

5.1. – A “denúncia” do acordo pelo governo brasileiro.

O Centro Internacional de Leprologia foi inaugurado em 1934 e durante os anos em que esteve em funcionamento teve uma agenda de pesquisa bastante variada, com atividades relacionadas principalmente aos campos da terapêutica, bacteriologia e imunologia. As pesquisas desenvolvidas nos laboratórios do Centro eram ainda testadas nos pacientes internados em leprosários. Os resultados destes testes eram posteriormente publicados na *Revista Brasileira de Leprologia*. Para completar o conjunto de atividades realizadas no centro, era oferecido um curso para a especialização de médicos e sanitaristas no exercício da leprologia. E embora a agenda estivesse repleta de funções sendo desempenhada por profissionais prestigiados e gerando resultados muitas vezes produtivos, o CIL encerrou suas atividades no dia 12 de junho de 1939.

Desde que o acordo para a criação do Centro fora firmado em 1931, estava previsto o prazo para a execução de suas atividades. O parágrafo 7 da correspondência que determinou sua criação (15 de abril de 1931) deixa claro que o governo brasileiro tomava o compromisso por um período de cinco anos, embora as partes pudessem propor a prorrogação ou, ainda, a renovação.⁴⁸⁵ Assim, o encerramento das atividades do Centro já era um assunto previsto antes mesmo da sua inauguração.

A análise da correspondência de 15 de abril de 1931 pode deixar com a falsa impressão de que o prazo pré-fixado era uma exigência do governo brasileiro. Entretanto, era uma formalidade determinada pela própria Liga das Nações, que preferia delimitar a validade de seus acordos. Em nota produzida pela Liga estão especificados os formatos pelos quais esta organização internacional costumava firmar seus compromissos com os Estados proponentes.⁴⁸⁶ Quando havia o interesse da Liga das Nações em determinado projeto, o Conselho aceitava a realização do acordo – geralmente aqueles voltados para a pesquisa ou o ensino de questões relacionadas à higiene, como um centro de pesquisas e um instituto de ensino – desde que o projeto estivesse apoiado em uma base internacional.

⁴⁸⁵ “Correspondência do Ministro das Relações Exteriores do Brasil ao Presidente do Conselho da Liga das Nações, datada de 15 de abril de 1931”. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.099. DAD/COC/Fiocruz.

⁴⁸⁶ “Nota”. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.099. DAD/COC/Fiocruz.

Nos acordos estaria subentendido que a Liga das Nações colaboraria com a instituição a ser criada, cujas atividades deveriam continuar a despertar o interesse do órgão internacional.

Além disso, as propostas deveriam seguir algumas “condições” para serem aceitas pela Liga, que dava prioridade àquelas atividades acessíveis aos especialistas de todo o mundo. O programa de atividade da instituição criada deveria ser motivado pelo interesse internacional. Para isso, deveria ser estabelecido em consulta direta com o Comitê de Higiene, que receberia anualmente um relatório das atividades realizadas para que fosse apresentado ao Conselho da Liga das Nações. A Liga ainda colaboraria com o projeto, custeando o envio de especialistas para participar das atividades da instituição, além de bolsas destinadas a médicos sanitaristas de outros países, de modo a permitir uma maior divulgação dos trabalhos realizados na instituição e beneficiando, assim, seus países de origem. As exigências refletiam o pressuposto do parágrafo *f* do artigo 23 do Pacto da Liga das Nações⁴⁸⁷, que incentivava a Liga a tomar medidas referentes à questão sanitária com o objetivo de prevenir e combater as doenças. Ao final das exigências encontramos a condicionante – indicada pela Liga – que advertia sobre o prazo de validade do acordo: “cinco anos, com possibilidade de renovação”.⁴⁸⁸

Como pudemos perceber ao longo dos capítulos anteriores, que o acordo estabelecido com o Brasil seguiu à risca essas recomendações. Os membros do Comitê de Higiene participaram ativamente do CIL, através do Conselho de Administração. Além disso, recebiam anualmente um relatório das atividades lá realizadas, bem como das ações pretendidas para o ano seguinte. O Centro Internacional de Leprologia sempre esteve aberto aos pesquisadores estrangeiros, bem como aos especialistas que, de acordo com o convênio inicial, seriam enviados pela Liga das Nações. Durante seu período de funcionamento, a Liga das Nações enviou ao Centro somente um especialista da quimioterapia da lepra, o Dr. Howard Irving Cole, não obstante a demanda da Direção do CIL pelo envio de outro especialista da área de bacteriologia e imunologia. A demanda por outro especialista aparece no primeiro relatório administrativo, técnico e financeiro

⁴⁸⁷ O texto do Pacto da Liga das Nações pode ser consultado em GARCIA, Eugênio Vargas. *O Brasil e a Liga das Nações (1919-1926): vencer ou não perder*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2005, pp. 153-167. O parágrafo *f* do artigo 23 encontra-se descrito na página 165.

⁴⁸⁸ Documento produzido pela Liga das Nações. “Nota”. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOC CC.06.099. DAD/COC/Fiocruz.

enviado pelo Comitê de Direção do Centro Internacional de Leprologia ao seu Conselho de Administração⁴⁸⁹. Nas resoluções adotadas pelo Comitê de Direção na reunião realizada em 5 de setembro de 1935, encontramos a informação de que o envio do perito era um desejo expresso por Carlos Chagas, desde a fundação do CIL, o que dava ao assunto um caráter de maior importância.⁴⁹⁰ Mesmo assim, o segundo especialista nunca foi enviado ao Centro Internacional de Leprologia.

Com relação à validade do acordo, não foi diferente. O prazo de cinco anos foi respeitado pela proposta brasileira, bem como a possibilidade de renovação, caso ambas as partes desejassem. No caso específico do Centro Internacional de Leprologia, a Organização da Saúde da Liga das Nações (OSLN) sempre se mostrou favorável à renovação do acordo. Encontramos muitos elogios ao trabalho efetuado pelo Centro, na documentação referente às reuniões do Conselho de Administração.⁴⁹¹ Na correspondência enviada ao Ministro das Relações Exteriores do Brasil, datada de 15 de novembro de 1938, o Secretário Geral da Liga, Sean Lester, confirmou a intenção da Liga das Nações em prosseguir a execução do acordo com o governo brasileiro, visto que o Centro Internacional de Leprologia era uma instituição cujos trabalhos eram “altamente apreciados”.⁴⁹²

A decisão de não renovar o convênio, optando pelo seu cancelamento, partiu do governo brasileiro. Cinco meses antes de expirar o acordo, ou seja, em janeiro de 1939, a

⁴⁸⁹ “Relatório ao Conselho sobre os trabalhos da 22ª. Sessão do Comitê de Higiene, realizada de 7 a 14 de outubro de 1935”. Anexo III – Centro Internacional de Leprologia – I – Relatório Administrativo, técnico e financeiro do Diretor do Centro, aprovado pelo Comitê de Direção em sua reunião de 05 de setembro de 1935, pp. 12-13. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

⁴⁹⁰ “Relatório ao Conselho sobre os trabalhos da 22ª. Sessão do Comitê de Higiene, realizada de 7 a 14 de outubro de 1935”. Anexo III – Centro Internacional de Leprologia – II – Resoluções adotadas pelo Comitê de Direção em 05 de setembro de 1935, p. 14. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

⁴⁹¹ Ao todo, ocorreram nove seções do Conselho de Administração do CIL, em Genebra. Os membros do Conselho aproveitavam a reunião ordinária dos membros do Comitê de Higiene para examinar os relatórios enviados pelo Comitê de Direção do Centro e para tomar qualquer outra resolução necessária.

⁴⁹² Tradução livre do original em francês. “Correspondência de Sean Lester, Secretário Geral da Liga das Nações, ao Ministro das Relações Exteriores do Brasil, em 15 de novembro de 1938”, *Palácio Itamaraty – Departamento de Comunicações e Documentação (DCD)/Centro de Documentação (CDO)/Seção do Arquivo Histórico* – referência: 78/3/05. Nesta correspondência, o Secretário da Liga informava o governo brasileiro sobre a doação de uma verba de 50.000 francos suíços para o exercício de 1939 do CIL.

Legação⁴⁹³ brasileira em Berna foi instruída pelo Ministro das Relações Exteriores para que a Liga das Nações fosse informada sobre a resolução do governo em “denunciar”, ou seja, declarar findo, a partir de 12 de junho de 1939, o acordo referente à manutenção do CIL.⁴⁹⁴ No mês seguinte, o Secretário Geral da Liga acusou o recebimento da comunicação, tomando para si a responsabilidade de levar a decisão brasileira ao conhecimento do Conselho da Liga das Nações, assim que este fosse reunido.⁴⁹⁵

No cenário nacional, o fim do Centro Internacional de Leprologia foi marcado pelo ofício nº. 119, de 12 de junho de 1939, encaminhado pelo Diretor do CIL, Eduardo Rabello, ao Ministro das Relações Exteriores, Oswaldo Aranha.⁴⁹⁶ De acordo com a documentação, a decisão de romper com o convênio teria sido tomada pelo Comitê de Direção do CIL, que estivera reunido no dia 08 do mesmo mês, sob a presidência de Guilherme Guinle. Entretanto, desde janeiro o governo brasileiro já previa o término das atividades do Centro.

A partir deste ofício tornava-se findo o Centro Internacional de Leprologia. Finalizava-se com ele uma forma de cooperação que se estabeleceu entre o governo brasileiro e uma organização internacional. O convênio tinha por objetivo a realização de pesquisas e a divulgação de conhecimentos sobre uma doença que, ao final da década de 1930, pouco havia avançado no campo da terapêutica e da profilaxia. Mas, de certa forma, o acordo que garantia a existência do Centro foi finalizado, mas as atividades conduzidas por ele continuaram a ser executadas de modo ainda mais intenso após a criação do Instituto de Leprologia, a partir de 1946.

⁴⁹³ Missão diplomática de caráter permanente, e imediatamente inferior a embaixada, chefiada por um ministro que teria plenos poderes para celebrar negociações junto a outro governo.

⁴⁹⁴ “Correspondência de J. F de Barros Pimentel ao Ministro de Estado interino das Relações Exteriores, Sr. Cyro de Freitas Valle. Berna, 12 de fevereiro de 1939.” *Palácio Itamaraty – Departamento de Comunicações e Documentação (DCD)/Centro de Documentação (CDO)/Seção do Arquivo Histórico* – referência: 5/1/10 – Berna.

⁴⁹⁵ “Correspondência de Sean Lester, ao Encarregado dos Negócios dos Estados Unidos do Brasil em Berna, A. dos Guimarães Bastos. Genebra, 07 de fevereiro de 1939.” *Palácio Itamaraty – Departamento de Comunicações e Documentação (DCD)/Centro de Documentação (CDO)/Seção do Arquivo Histórico* – referência: 5/1/10 – Berna.

⁴⁹⁶ “Ofício n. 119, de Eduardo Rabello, diretor do CIL, ao Ministro das Relações Exteriores, Dr. Oswaldo Aranha. 12 de junho de 1939.” *Palácio Itamaraty – Departamento de Comunicações e Documentação (DCD)/Centro de Documentação (CDO)/Seção do Arquivo Histórico* – referência: 111/4/8 – Associações Científicas.

No relatório da reunião do Comitê de Higiene ocorrida em novembro de 1939, encontramos a última referência ao Centro Internacional de Leprologia. O Conselho de Administração reuniu-se, como em todos os anos anteriores, para examinar o relatório técnico, administrativo e financeiro, referente ao período de 1º de janeiro a 12 de junho de 1939.⁴⁹⁷ Além deste relatório, foram aprovadas também as propostas para a distribuição do crédito restante e da liquidação dos bens do Centro. Nesta proposta, seriam beneficiadas as instituições que, ao longo de sua existência, colaboraram para a realização das atividades do Centro. O saldo financeiro foi dividido em seis partes iguais e distribuído, no Rio de Janeiro, para o Instituto Oswaldo Cruz, o serviço do tratamento pelo oxigênio sob pressão, dirigido por Álvaro Ozório de Almeida e a Clínica Dermatológica da Faculdade de Medicina; em São Paulo, para a Revista Brasileira de Leprologia e a Fundação Conde de Lara⁴⁹⁸; e em Belo Horizonte, para o Centro de estudos da lepra⁴⁹⁹.

É interessante comentar que o serviço desenvolvido por Álvaro Ozório de Almeida, relacionado ao tratamento pelo oxigênio sob pressão, também era subvencionado por Guilherme Guinle, com verbas independentes daquelas que ele oferecia ao Centro. O interesse pessoal de Guinle sobre o trabalho desenvolvido por Álvaro Ozório de Almeida rendeu ao cientista uma sala Fundação Gaffrée e Guinle, no mesmo andar destinado às atividades do CIL. E, embora não fizesse parte inicialmente das atividades desempenhadas pelo CIL, logo passou a figurar também nos relatórios apresentados pelo Comitê de Direção do CIL e enviados ao Conselho de Administração, em Genebra.⁵⁰⁰

Os bens do Centro Internacional de Leprologia foram doados às instituições que acolhiam suas atividades, como o Instituto Oswaldo Cruz, que abrigava o laboratório de

⁴⁹⁷ Relatório ao Conselho sobre os trabalhos da 31ª. Sessão do Comitê de Higiene, realizada de 20 a 24 de novembro de 1939, pp. 5-7. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

⁴⁹⁸ A Fundação (ou Ambulatório) Conde de Lara era o local onde funcionava o Serviço de Dermatologia da Faculdade de Medicina de São Paulo e fazia parte do Departamento de Profilaxia da Lepra deste Estado. Localiza-se, até hoje, em um prédio anexo à Santa Casa de São Paulo.

⁴⁹⁹ Não encontramos nenhuma referência à existência de um centro de estudos de lepra em Belo Horizonte. Acreditamos que a denominação esteja se referindo ao Leprosário Santa Isabel que, desde a criação do CIL, era tido como um sub-centro, onde se realizavam pesquisas nos doentes internados.

⁵⁰⁰ No relatório administrativo, técnico e financeiro, aprovado pelo Comitê de Direção em sua reunião de 05 de setembro de 1935, já encontramos o serviço de Álvaro Ozório de Almeida referido dentre as atividades de química terapêutica que seriam realizadas pelo Centro. “Relatório ao Conselho sobre os trabalhos da 22ª. Sessão do Comitê de Higiene, realizada de 7 a 14 de outubro de 1935.”, p. 13. *Fundo Liga das Nações*. Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

química-farmacêutica; o Hospital-Colônia de Curupaiti, onde o Centro fazia as suas investigações de terapêutica aplicada; e a Clínica Dermatológica da Faculdade de Medicina, onde o Centro ocupava um andar com o escritório da direção, o laboratório de bacteriologia e de imunologia e o dispensário. O inventário dos bens do CIL incluía móveis, objetos de escritório, material de laboratório, obras científicas, cerca de uma tonelada de óleo chaulmoogra bruta, 50 quilos chaulmoogra purificado e, ainda, um automóvel Ford 1935.⁵⁰¹ A doação do material às instituições acolhedoras, segundo o relatório lido na sessão do Conselho da Liga, em novembro de 1939, seria o reconhecimento do apoio oferecido às atividades realizadas pelo Centro.⁵⁰²

Infelizmente não encontramos nenhuma documentação que nos informasse os motivos que levaram o governo brasileiro a não querer renovar o contrato para a manutenção do CIL. Entretanto, podemos imaginar duas circunstâncias que, decerto, levariam o país a não dar continuidade a este acordo. A primeira, de ordem interna, estaria relacionada à possibilidade de Guilherme Guinle ter retirado sua contribuição financeira, o que impossibilitaria o governo brasileiro de arcar sozinho com os gastos da manutenção do Centro.

Iris Borowy afirma que a decisão de finalizar o acordo teria partido de Guilherme Guinle, um dos financiadores do empreendimento, ao anunciar que não renovaria sua contribuição.⁵⁰³ Embora não tenha encontrado fontes que corroborem com esta afirmação, e nem mesmo algum indício de que Guinle não estivesse mais disposto a colaborar para o financiamento da pesquisa sobre a lepra, o fato seria determinante para o fim do acordo. Ao deixar de contribuir com o CIL, Guinle reduziria em 50% o financiamento das atividades do centro de pesquisas, o que, conseqüentemente, determinaria o seu fim, visto que o governo brasileiro não seria capaz de mantê-lo sozinho. Nessas condições, só restaria ao Brasil a opção de cancelar o convênio com a Organização da Saúde da Liga das Nações.

Possivelmente os fatores de ordem internacional também teriam influenciado o rompimento do acordo por parte do governo brasileiro – o que constitui uma segunda linha

⁵⁰¹ Relatório ao Conselho sobre os trabalhos da 31ª. Sessão do Comitê de Higiene, realizada de 20 a 24 de novembro de 1939, pp. 7. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

⁵⁰² *Ibidem*.

⁵⁰³ BOROWY, Iris, *op. cit.*, p. 221

de pensamento para tentar justificar a decisão de finalizar as atividades de um instituto cujo trabalho estava sendo elogiado pelos membros da Liga das Nações. Embora o prazo de cinco anos acabasse, coincidentemente, num período inicial de tensões que culminaram na guerra, não foi por coincidência que o acordo que mantinha o CIL não foi prorrogado ou renovado. As mudanças ocorridas no cenário internacional, motivadas pelos acontecimentos da guerra, estariam gerando, no mínimo, um desconforto com relação ao prosseguimento do acordo, o que poderia explicar a decisão brasileira em pôr fim ao instituto criado a partir de relações de cooperação em saúde travadas entre o Brasil e a Liga das Nações. A própria Organização da Saúde mudara sua perspectiva, tornando-se mais isolada e menos ousada a partir de 1939. Isso pode ser explicado pela saída do Diretor da Seção de Higiene, Ludwik Rajchman, em janeiro deste ano.⁵⁰⁴ Rajchman sempre se empenhara pessoalmente para o sucesso das atividades da Organização da Saúde da Liga das Nações, mesmo tendo Joseph Avenol, um francês bastante conservador, como Secretário Geral da Liga.

5.1.1. – O contexto internacional e o colapso da Liga das Nações.

É importante notar que a existência de uma nova guerra denunciava uma questão fundamental: que a Liga das Nações falhara no seu objetivo principal – garantir a paz e evitar novas guerras. A última reunião do Comitê de Higiene ocorreu em novembro de 1939, depois da eclosão da guerra.⁵⁰⁵ A principal questão tratada pelos membros do Comitê era a adaptação dos trabalhos da Organização da Saúde diante dos acontecimentos gerados pelo conflito na Europa.⁵⁰⁶ Na fase inicial, os membros da Liga das Nações estavam bastante otimistas, acreditando que a maioria dos trabalhos realizados pela Organização da Saúde poderia prosseguir, sem maiores impedimentos. E, mesmo que a

⁵⁰⁴ “Relatório ao Conselho sobre os trabalhos da 30ª. Sessão do Comitê de Higiene, realizada de 04 a 06 de maio de 1939”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

⁵⁰⁵ “Relatório ao Conselho sobre os trabalhos da 31ª. Sessão do Comitê de Higiene, realizada de 20 a 24 de novembro de 1939”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

⁵⁰⁶ *Ibidem*, pp. 1-4.

situação de Guerra não permitisse reunir o Conselho ou a Assembléia da Liga das Nações durante as seções ordinárias, concluíram que as decisões poderiam ser tomadas apenas pelo Presidente do Comitê de Higiene, ou ainda por um número reduzido de membros. Entretanto, o passar dos anos e o acirramento do conflito refletiram uma condição adversa daquela que eles imaginaram. A realidade da guerra dificultou a continuação da maioria das atividades realizadas não só pela Organização da Saúde, mas, por toda Liga das Nações. Tanto que foi a último encontro realizado.

A II Guerra trouxe, ainda, uma série de obstáculos que os países da Europa tiveram que enfrentar. Uma grave crise financeira, as dificuldades nos meios de transporte e os impedimentos de comunicação eram alguns dos problemas que acompanhavam os acontecimentos. Vários membros do Comitê de Higiene, como o próprio presidente Thorwald Madsen, se viram incapazes de viajar para Genebra, por conta dos combates.⁵⁰⁷ A impossibilidade de estar presente às reuniões, por vezes tinha ainda um motivo bem mais cruel: Jacques Parisot, membro francês do Comitê de Higiene, que por vezes substituiu Thorwald Madsen na presidência do mesmo, acabou sendo preso pela Gestapo e levado a um campo de concentração como prisioneiro.⁵⁰⁸

O início da Segunda Guerra Mundial alterou as prioridades do sistema internacional. Preocupados com a segurança e com as doenças infecciosas, que poderiam se alastrar nas regiões assoladas pela guerra, os Estados descartavam o envolvimento em questões que eram consideradas menos relevantes. No contexto, a lepra e tantos outros temas perderam a prioridade que tinham conquistado junto à Organização da Saúde, sendo definitivamente esquecidas.

As pressões sofridas com o avanço das zonas de conflito acabaram por destruir a Liga das Nações e seus objetivos de segurança e saúde internacionais. Embora a existência da Organização da Saúde seja considerada até 1946, a maioria dos serviços deixou de existir já em 1940. Sobre a Organização da Saúde, somente a Seção de Higiene – que era seu órgão executivo – conseguiu manter-se ativa. Mesmo com cada vez menos dinheiro e pessoal e sem receber o suporte financeiro e técnico do Comitê de Higiene, a Seção

⁵⁰⁷ BOROWI, Iris, *op. cit.*, p. 427.

⁵⁰⁸ BOROWI, Iris, *op. cit.*, p. 435.

procurava uma forma de reagir à situação em que se encontrava, pois acreditavam que a cooperação científica em saúde favoreceria a paz. A continuidade do Serviço de Informações Epidemiológicas, mesmo que colhendo e divulgando minimamente as informações, foi o que permitiu a manutenção das atividades da Organização da Saúde durante os anos de conflito.⁵⁰⁹

A criação da Organização das Nações Unidas (ONU) favoreceu debates que resultaram, entre outras coisas, na cobrança desenvolvida pelos delegados chineses e brasileiros para que a ONU tomasse pra si o cuidado com a saúde internacional.⁵¹⁰ Desejavam a criação de uma instituição única, que incorporasse os trabalhos realizados pelas demais agências de saúde, como a própria Organização da Saúde da Liga das Nações, mas também o *Office International d'Hygiène Publique* (OIHP), de Paris, atuante no cenário europeu desde 1907, e a *United Nations Relief and Rehabilitation Administration* (UNRRA), uma agência temporária, proposta pelo Presidente dos Estados Unidos Franklin Roosevelt, criada em 1943 para auxiliar na reconstrução dos países atingidos pela guerra em qualquer área. Para tanto foi constituído um Comitê Técnico Preparatório com o objetivo de elaborar a constituição da nova agência sanitária mundial.

Assim, a Organização Mundial da Saúde, órgão da nova Organização das Nações Unidas, começou a funcionar definitivamente em 1948. Seu principal objetivo seria elevar ao máximo os níveis de saúde dos povos, no sentido de um “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente da ausência de uma doença ou enfermidade”. Embora tenha ampliado bastante a agenda de atividades realizadas pela Organização da Saúde da Liga das Nações, a nova agência internacional tinha suas raízes incontestavelmente na primeira. Além da sede, que se manteve em Genebra, a Organização Mundial da Saúde deu continuidade a alguns dos serviços realizados pela Organização da Saúde da Liga das Nações, como a padronização biológica, as listas de causas de morte e de doenças prevalentes, as estatísticas vitais e uma grande quantidade de informações sobre variadas doenças. A Organização Mundial da Saúde herdou o Serviço de Informações Epidemiológicas iniciado pela Organização da Saúde, dando continuidade à função de coletar e divulgar os dados epidemiológicos o mais atualizados possíveis. Segundo

⁵⁰⁹ BOROWI, Iris, *op. cit.*, pp. 424-437.

⁵¹⁰ BOROWI, Iris, *op. cit.*, p. 440.

Borowy, até mesmo alguns funcionários da Organização da Saúde da Liga das Nações foram aproveitados na nova organização.⁵¹¹

Assim como tantas outras doenças prevalentes no cenário internacional, o tema da lepra voltaria a ser alvo de ações desta agência. Em 1991, a Organização Mundial da Saúde adotou um programa que tinha por objetivo a eliminação da lepra/hanseníase como problema de saúde pública em todo o mundo.⁵¹² O prazo inicialmente proposto por essa agência internacional era que se conseguisse atingir o coeficiente de um caso para cada dez mil habitantes até o ano 2000. No entanto, diversos países, incluindo o Brasil, tiveram dificuldades de chegar a esse número. Em 2004, a taxa de prevalência da doença no Brasil atingia, ainda, o índice de 4,5 casos para cada 10 mil habitantes.⁵¹³ Embora o Brasil ainda esteja bastante empenhado em eliminar a lepra/hanseníase, intensificando suas atividades de controle da doença, ainda é possível encontrar locais com altas taxas de casos da endemia, como ocorre também em outros países, tais como: Angola, Índia, Nepal, Madagascar, Moçambique e outras.⁵¹⁴

5.2. – A lepra na agenda política nacional – mudanças e permanências na legislação sanitária brasileira.

Como vimos no capítulo 2, a reforma realizada por Washington Pires, poucos dias antes do fim do Governo Provisório, determinou sérias mudanças para o combate à lepra no país. O decreto 24.814, de julho de 1934, determinava as atribuições da nova Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, composta por duas Seções Técnicas Gerais com o objetivo de coordenar e sistematizar os serviços da natureza. As atividades

⁵¹¹ BOROWI, Iris, *op. cit.*, p. 443-444.

⁵¹² LOCKWOOD, Dianna N. J. “Leprosy elimination: a virtual phenomenon or a reality?” *British Medical Journal* 2002; 324:1516-8. Disponível em: (<http://www.bmj.com/cgi/content/short/324/7352/1516>) Acesso em: 29 jul. 2010.

⁵¹³ Cf. MACHADO, Kátia. “Meta é erradicar a doença até 2005. Vai ser possível?” *Radis*, 2004:27 (Nov) 8-11.

⁵¹⁴ Informações sobre hanseníase datadas de fevereiro de 2010, na página da OMS. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/en/index.html> Acesso em: 15 jan. 2011.

que até então eram desenvolvidas pela Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, apareceram enxutas e pulverizadas, sem deixar claro no novo regulamento que este órgão coordenador e executor das medidas de combate à lepra tivesse sido extinto. Ainda assim, a política nacional continuava pautada e resumida no isolamento dos doentes. O decreto previa a organização de comissões de especialistas para revisar as disposições técnicas do Regulamento Sanitário de 1923, que ainda vigorava em 1934.⁵¹⁵ O resultado do trabalho dos especialistas foi chamado de ‘Anteprojeto de Regulamento Sanitário’⁵¹⁶ e publicado em 1935, onde foram reguladas as ações de profilaxia para várias doenças então consideradas como “problemas nacionais”, tais como a sífilis, a tuberculose, a peste, a febre amarela e a lepra.⁵¹⁷

De modo geral, o “Anteprojeto” mantinha a maioria das recomendações existentes no Regulamento Sanitário de 1923. Contudo as medidas previstas denotavam maior rigidez, em especial as ações de isolamento dos doentes de lepra. A execução das medidas sugeridas no anteprojeto seria orientada pela Seção Técnica Geral de Saúde Pública – que tinha Joaquim Mota, leprologista, como assistente. A notificação dos novos casos deveria ser feita nos Centros de Saúde ou no serviço equivalente nos Estados. Segundo Barros Barreto, diretor da DNSAMS, em documento escrito em conjunto com José Paranhos Fontenelle, os Centros de Saúde do Distrito Federal deveriam padronizar as ações contra a lepra ao realizar inspeção, atendimento, busca, notificação e educação sanitária.⁵¹⁸

No mesmo documento, os autores criticam a adoção do sistema, indicando que a lepra teria perdido seu espaço com a reforma realizada em 1934. A inserção da doença no sistema dos centros de saúde, que já possuíam vários serviços, teria tornado-a apenas mais uma dessas doenças. Para aqueles médicos, a lepra – que por suas particularidades,

⁵¹⁵ BRASIL. Coleção de Leis, 1934, vol. 4, p. 1401. Decreto nº. 24.814, de 14 de julho de 1934, art. 15. Para o Regulamento sanitário de 1923, ver: BRASIL, Coleção de Leis, 1923, vol. 3, p. 581. Decreto nº. 16.300, de 31 de dezembro de 1923.

⁵¹⁶ “Ante-projeto do Regulamento Sanitário elaborado pela Seção Técnica de Saúde Pública da Diretoria Nacional de Saúde e Assistência, com a cooperação de comissões de especialistas, dentro do prazo fixado no artigo 15 do decreto 24 814, de 14/7/1934, e entregue ao Exmo. Sr. Ministro da Educação e Saúde Pública”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1935:V (2) 11-228.

⁵¹⁷ *Ibidem*. As ações que se referem à lepra estão contidas nos artigos de nº 65 até o de nº 90, que compõem o Título IV.

⁵¹⁸ BARRETO, João de Barros e FONTENELLE, José Paranhos. “O sistema dos centros de saúde no Rio de Janeiro”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1935: V (1) 83-115.

exigiria, segundo eles, muito do profissional especializado – deveria ter um estatuto especial na estrutura sanitária.⁵¹⁹ Outra visão foi apresentada por Hildebrando Portugal – que se tornou o leprologista responsável pelo Centro de Saúde do Distrito Federal –, escrevendo um artigo dando uma visão positiva a respeito do início dos procedimentos de profilaxia da lepra nos Centros de Saúde.⁵²⁰ Segundo Portugal, o sistema teria permitido a descoberta de um maior número de casos – o que para ele refletia uma maior ação do governo com relação à lepra.

5.2.1 – A Reforma Capanema, de 1937 – os Estados continuavam a cuidar da lepra.

Toda a reorganização proposta por Washington Pires em julho de 1934, foi revista por Gustavo Capanema, quando assumiu o Ministério da Educação e Saúde Pública, no mesmo ano. A intenção do novo Ministro era deixar os sistemas federais de saúde mais centralizados, acompanhando a política social praticada pelo governo Vargas. Antes de ser enviado ao Congresso Nacional para votação, o novo projeto de reforma – conhecido por Reforma Capanema – precisava ser analisado pelos membros de outras comissões federais.⁵²¹ Assim, o projeto só foi enviado ao Congresso em dezembro de 1935. No período, os embates entre a direita e a esquerda marcavam a conjuntura internacional, com o facismo em contraposição ao comunismo. A conjuntura teve fortes reflexos na política brasileira. Um dos reflexos foi o surgimento, em 1935, da Aliança Nacional Libertadora, vinculada ao movimento comunista internacional. O governo Vargas passou a reprimir as atividades do grupo, o que levou o país a passar por um momento de grandes turbulências políticas que culminaram no episódio conhecido por ‘Intentona Comunista’, ocorrido em

⁵¹⁹ *Ibidem.*

⁵²⁰ PORTUGAL, Hildebrando. “Notas epidemiológicas sobre a lepra no Distrito Federal (1934-1936)”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano VII, nº2, novembro de 1937, p. 277-293.

⁵²¹ De acordo com Cristina Fonseca, a análise deveria ser feita pelos membros das Comissões de Educação e Cultura, de Saúde Pública, de Constituição e Justiça e de Finanças e Orçamento. Somente depois disso tal projeto seria levado à votação. FONSECA, Cristina M. Oliveira, *op. cit.*, p. 134.

novembro. Respondido com grande violência pelo governo de Getúlio Vargas, o país passou a viver sob a Lei de Segurança Nacional, abrindo caminho para a instauração do Estado Novo, através do futuro golpe que Vargas daria em 1937.

Sem tempo hábil para que a votação ocorresse ainda em 1935 e com a derrota do governo no último dia do ano, o projeto de lei para a reforma só voltou a ser objeto de análise na legislatura seguinte, mais especificamente a partir de maio de 1936. Os debates se estenderam até que o projeto foi sancionado em janeiro de 1937.⁵²² Assim, a partir desta reforma, as atividades relativas à profilaxia da lepra continuaram sob responsabilidade dos Centros de Saúde no Distrito Federal e ao serviço equivalente nos Estados – situação que foi forçada com a extinção da IPLDV, em 1934 –, além do acompanhamento oferecido pelo governo federal para a execução do Plano Nacional de Combate à Lepra – em execução desde 1935.

O objetivo da Reforma Capanema era, de forma geral, tornar mais eficiente a atuação federal na saúde pública, normatizando as ações e estreitando a cooperação com os estados, de modo a ampliar a presença do governo central nos diversos contextos regionais. A redação final do projeto de reforma do Mesp foi aprovada em dezembro do ano de 1936. A preferência do Ministro em utilizar a palavra “saúde” no lugar de “saúde pública” levou a Câmara a mudar a denominação do ministério, para Ministério da Educação e Saúde.⁵²³ O projeto foi aprovado e convertido na lei 378, de 13 de janeiro de 1937. Segundo Beatriz Wahrlich, foi a primeira grande reforma administrativa ocorrida nos campos da educação e da saúde.⁵²⁴ Na reforma houve separação dos assuntos ao serem criados os Departamentos Nacionais de Saúde e de Educação. O período 1934-1937 marca, portanto, o momento de uma extensa e profunda reformulação tanto da estrutura quanto das finalidades do Ministério da Educação e Saúde Pública.

⁵²² FONSECA, Cristina M. Oliveira, *op. cit.*, p. 142. BRASIL, Diário Oficial da União, 15 de janeiro de 1937, p. 1210. Lei nº. 378, de 13 de janeiro de 1937.

⁵²³ O Departamento Nacional de Saúde foi criado com a reforma do Ministério da Educação e Saúde, realizada em 1937. BRASIL, Diário Oficial da União, 15 de janeiro de 1937, p. 1210. Lei nº. 378, de 13 de janeiro de 1937. Especificamente sobre as reformas realizadas na era Vargas, ver WAHRLICH, Beatriz Marques de Souza. *op. cit.*

⁵²⁴ WAHRLICH, *op. cit.*, p. 24.

Houve mudanças consideráveis em relação ao projeto original de reforma. É importante acentuar que a intenção de Capanema era de fortalecer a função da União como uma instância normativa e supletiva indireta, deixando para os estados e municípios a função executiva e operativa. No entanto, observando a lei 378, podemos verificar que a União continuou responsável pela operação de muitos serviços que não tinham o caráter excepcionalmente nacional, o que indica um afastamento da concepção original da reforma em relação à lei 378, aprovada em 1937.

O Departamento Nacional de Saúde tinha a função de empreender a cooperação da União com os serviços locais de saúde, através de auxílios e subvenções federais, além de orientar a política nacional de saúde. Teria ainda a direção sobre os seguintes órgãos executivos: Divisão de Saúde Pública, Divisão de Assistência Hospitalar, Divisão de Assistência a Psicopatas e Divisão de Proteção à Maternidade e à Infância. Ao lado desses serviços, constava uma série de programas que deveria dar início à implantação proposta. Entre os programas estava o de “atacar ativamente dois males: a lepra e a tuberculose”.⁵²⁵

Para melhor realizar o programa nacional de saúde proposto pela reforma de 1937, o território nacional foi dividido em regiões, cada qual contando com uma delegacia federal de saúde.⁵²⁶ Na teoria, sua função era a de superintender os serviços de saúde executados pela União como também todas as atividades que se fizessem necessárias à colaboração do governo federal com os serviços locais de saúde pública e assistência médico-social. Mas, na prática, as delegacias de saúde constituíam postos avançados do DNS, dispersos pelo território nacional e responsáveis pela ação verdadeiramente nacional do Departamento de Saúde. Formavam, então, os ‘braços’ da União nas diversas regiões do país.

Em relação à lepra, a reforma de 1937 manteve algumas características da legislação anterior e trouxe outras novidades. As atividades de combate à endemia

⁵²⁵ De acordo com a exposição de motivos enviada por Capanema à Câmara junto com o projeto de lei. WAHRLICH, *op. cit.*, pp. 176-177.

⁵²⁶ Para efeito da administração dos serviços do MES, o país foi dividido em oito regiões: 1ª, Distrito Federal e Estado do Rio de Janeiro; 2ª, Território do Acre e Amazonas e Pará; 3ª, Maranhão, Piauí e Ceará; 4ª, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco e Alagoas; 5ª, Sergipe, Bahia e Espírito Santo; 6ª, São Paulo e Mato Grosso; 7ª, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul; e 8ª, Minas Gerais e Goiás. Apenas a primeira região não contava com a atuação dessas delegacias, pois suas funções seriam desempenhadas diretamente pelo DNS. BRASIL, Diário Oficial da União, 15 de janeiro de 1937, p. 1210. Lei nº. 378, de 13 de janeiro de 1937, art. 4º e 29, § 1.

continuaram divididas entre as executadas no Distrito Federal e aquelas executadas no restante do território nacional. Na Capital da República, a Inspeção dos Centros de Saúde ficou responsável por executar atividades sanitárias relativas às doenças contagiosas, incluindo a tuberculose, a lepra e as doenças venéreas.⁵²⁷ Um serviço de elucidação de diagnóstico foi criado, incumbido da apuração diagnóstica dos casos de lepra que ocorressem no Distrito Federal.⁵²⁸ Assim, as atividades de profilaxia continuariam a ser exercidas pela Inspeção dos Centros de Saúde, que prosseguia sendo responsável pelo controle e profilaxia da lepra.

A reforma de 1937 instituiu ainda as Conferências Nacionais de Saúde, que tinham o objetivo de discutir o papel da União diante das políticas públicas que fossem implantadas nos estados e municípios. Criou também um Fundo Nacional de Saúde que passaria a suprir as demandas de verbas das deficitárias administrações locais; e ainda um Instituto Nacional de Saúde Pública que realizaria pesquisas sobre os problemas sanitários enfrentados no país. Segundo Hochman, o Fundo e o Instituto jamais teriam sido postos em funcionamento.⁵²⁹

Quanto aos serviços de saúde de todo o país, a lei 378 não fez nenhuma menção específica ao caso da lepra. A Diretoria dos Serviços Sanitários nos Estados que cuidava das questões referentes à saúde nos contextos regionais foi extinta e suas funções atribuídas à Divisão de Saúde Pública, como a direção dos serviços de saúde pública, de caráter nacional, e os de caráter local executados pela União.⁵³⁰ O artigo 65, da lei 378, determinava para o caso da lepra que

⁵²⁷ BRASIL, Diário Oficial da União, 15 de janeiro de 1937, p. 1210. Lei nº. 378, de 13 de janeiro de 1937, art. 55 § 3.

⁵²⁸ BRASIL, Diário Oficial da União, 15 de janeiro de 1937, p. 1210. Lei nº. 378, de 13 de janeiro de 1937, art. 55 § 7.

⁵²⁹ HOCHMAN, Gilberto. “A saúde pública em tempos de Capanema: continuidades e inovações”. In: BOMENY, H. (Org) *Constelação Capanema: intelectuais e políticas*. Rio de Janeiro: FGV/Universidade São Francisco, 2001, pp.127-51, p. 139.

⁵³⁰ BRASIL, Diário Oficial da União, 15 de janeiro de 1937, p. 1210. Lei nº. 378, de 13 de janeiro de 1937, art. 15.

*“à medida que se forem organizando os planos nacionais de combate às grandes endemias do país, dar-lhes-á, o MES imediata e progressiva execução, mediante o estabelecimento de serviços especiais, destinados à realização dos planos traçados, que serão custeados e dirigidos técnica e administrativamente pela União, salvo nas zonas em que os governos locais possam executá-los, com ou sem o auxílio federal”.*⁵³¹

A orientação dada pelo plano nacional de combate à lepra, em vigor no país desde 1935, não apareceu, em nenhum momento, no texto da reforma aprovada em janeiro de 1937. O tema da lepra aparece apenas quando se desenvolve o regulamento das atividades sanitárias da Capital, que seriam realizadas através do Serviço de Saúde Pública do Distrito Federal – em particular quando fala da Inspeção dos Centros de Saúde.⁵³² Além disso, a criação dos “serviços especiais”, citados no trecho acima, destinados ao combate das “grandes endemias” só ocorreu na década seguinte, em resposta aos problemas que as doenças estavam gerando no cenário nacional.⁵³³

5.2.2 – A Reforma de 1941 e a I Conferência Nacional de Saúde – uma nova orientação para a leprologia brasileira

A proposta de Capanema para uma nova reforma em 1941 foi apresentada num contexto bastante diferenciado ao que gerou a reforma anterior – que vigorou a partir de

⁵³¹ BRASIL, Diário Oficial da União, 15 de janeiro de 1937, p. 1210. Lei nº. 378, de 13 de janeiro de 1937, art. 65.

⁵³² BRASIL, Diário Oficial da União, 15 de janeiro de 1937, p. 1210. Lei nº. 378, de 13 de janeiro de 1937, art. 56.

⁵³³ Exposição de motivos de Gustavo Capanema para a reforma do Departamento. *Apud* BARRETO, João de Barros. “Realizações em 1941 do DNS”. *Arquivos de Higiene*. 1942:12 (1) 7-133, p. 8.

janeiro de 1937. Em novembro de 1937, Vargas havia dado o golpe que deu início ao Estado Novo. Dentro da nova conjuntura, o governo tinha maior liberdade de ação, podendo definir e aprovar as reformas desejadas sem a necessidade de debates com o Poder Legislativo (Congresso Nacional e Assembléias estaduais e municipais), que havia sido fechado com o golpe de Vargas. Assim, com as decisões concentradas no Executivo, Capanema pode dar à reforma o tom que desejava, intensificando a presença federal e a expansão dos serviços de saúde por todos os cantos do país.

Com a nova reforma, o Departamento Nacional de Saúde teve sua estrutura de atuação sensivelmente transformada. De órgão de direção das atividades de saúde realizadas por diversos órgãos existentes separadamente, o DNS tornou-se o coordenador da execução das atividades, de modo a torná-las mais coesas e interdependentes.⁵³⁴ A intenção, de modo geral, era dotar aquele Departamento com os princípios de maior coordenação e maior atuação.⁵³⁵ Ou seja: maior coordenação das atividades de saúde desenvolvidas pela União, pelos Estados, Municípios ou associações privadas, e uma maior atuação, de modo que a assistência direta do Departamento fosse estendida a todo o território nacional.

Para atender a demanda, foram criados os serviços especializados em problemas sanitários específicos, como foi o caso do Serviço Nacional de Lepra.⁵³⁶ Capanema garantiu, enfim, o papel de destaque para as referidas “doenças-problema” na agenda política brasileira. O decreto-lei 3171, de 02 de abril de 1941, realizou uma ampla interferência no Departamento Nacional de Saúde (DNS), o que deixava transparecer que naquele contexto o tema da saúde era crucial para o fortalecimento do Estado e da sua nação.⁵³⁷

O processo de intensificação da presença da União e da expansão dos seus serviços de saúde teve evidentes reflexos na conduta do Ministério da Educação e Saúde, inclusive

⁵³⁴ BRASIL, Coleção de Leis, 1941, vol. 3. Decreto-Lei n.º. 3.171, de 02 de abril de 1941.

⁵³⁵ Exposição de motivos de Gustavo Capanema para a reforma do Departamento. *Apud* BARRETO, João de Barros. “Realizações em 1941 do DNS”. *Arquivos de Higiene*. 1942:12 (1) 7-133, p. 8.

⁵³⁶ BRASIL, Coleção de Leis, 1941, vol. 3, p. 7. Decreto-Lei n.º. 3.171, de 02 de abril de 1941.

⁵³⁷ HOCHMAN, Gilberto e FONSECA, Cristina. “A I Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo”. *In*: GOMES, Ângela de Castro (org). *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: FGV, 2000, pp. 173-193.

nas decisões políticas concernentes à lepra. Os anos subseqüentes ao golpe de 1937 foram marcados pela intensificação do ritmo das obras de leprosários, dispensários e preventórios. Tendo um espaço próprio para a separação dos doentes, as ações de notificação e de isolamento, realizadas pelos técnicos do SNL, a partir de 1941, tornaram-se ainda mais efetivas.⁵³⁸

De acordo com o decreto-lei 3.171 as funções do Departamento Nacional de Saúde, seriam: promover a realização de inquéritos, pesquisas e estudos sobre as condições de saúde, de saneamento e higiene da população, bem como sobre a epidemiologia das doenças existentes no país e os métodos de sua profilaxia e tratamento, organizando cursos de aperfeiçoamento para os médicos.⁵³⁹ Deveria também superintender a administração dos serviços federais destinados a realizar as atividades acima mencionadas, assim como coordenar as repartições estaduais e municipais e as instituições particulares que se destinassem à realização de quaisquer atividades referentes à saúde, assistindo-as tanto tecnicamente como a partir de concessão de auxílios e subvenções federais.

A criação de um novo órgão federal de atenção específica à lepra indica que a doença ainda inspirava cuidados e ações do governo federal. Embora preocupante desde o início do século XX, as ações para seu combate no contexto nacional só foram difundidas a partir do final da década de 1930, tomando maior impulso após a criação do Serviço Nacional de Lepra, em 1941. Nem mesmo a existência de uma Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, na década de 1920, determinou uma maior atuação do governo federal frente ao aumento dos casos da doença no país, e tampouco a introdução de medidas “nacionais” que, de fato, nos levassem à eliminação da doença. Foi somente com a criação do Serviço Nacional de Lepra – um órgão de orientação técnica, coordenação e controle das atividades públicas e privadas relativas à doença – que foi possível dar prosseguimento e ampliação às obras de construção e manutenção de

⁵³⁸ De acordo com Barros Barreto, dos quase 33 mil doentes fichados até 31 de dezembro de 1941, 48% deles, ou seja, mais de 15 mil, encontravam-se internados nos mais de 30 leprosários existentes no Brasil. BARRETO, João de Barros. “Realizações em 1941 do DNS”. *Arquivos de Higiene*. 1942:12 (1) 7-133, p. 109.

⁵³⁹ BRASIL, Coleção de Leis, 1941, vol. 3, p. 7. Decreto-Lei n°. 3.171, de 02 de abril de 1941.

leprosários, peças fundamentais do “armamento” antileprótico, de acordo com as bases fixadas no Plano Nacional de Combate à Lepra, apresentado ao governo em 1935.⁵⁴⁰

Assim, podemos dizer que as atividades de combate à lepra no contexto nacional viram-se fortalecidas com a criação de um órgão específico. Percebe-se que o contexto político do novo governo Vargas, instalado após um golpe e com o Legislativo suspenso, também teria facilitado a atuação do poder público federal junto às Unidades Federadas. Segundo a historiadora Laurinda Maciel, o fortalecimento das ações contra a lepra através da atuação do SLN também foi estimulado pela administração que o leprologista Ernani Agrícola conferiu ao Serviço. Agrícola foi seu primeiro diretor e o rumo que deu ao SNL – formulando suas orientações e pondo em prática suas atividades – permitiu que o órgão se tornasse, enfim, um centralizador e regulador da política profilática que se desejava empreender contra a lepra e que vinha sendo apontada como necessária desde a década de 1920. Com o SNL, o “modelo tripé” – leprosários, dispensários e preventórios – ganhou, de fato, uma abrangência nacional.⁵⁴¹

Também em 1941, foi realizada a I Conferência Nacional de Saúde (I CNS) – instituída na reforma de 1937 –, que se ocupou de diferentes temas da saúde e da assistência.⁵⁴² Para cada uma das questões tratadas durante a Conferência foi constituída uma comissão de estudos. Entre os assuntos tratados de modo especial, estavam: a organização sanitária estadual e municipal; ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose; determinação das medidas para o desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento e um plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade e à infância.⁵⁴³ No caso da lepra, a CNS reafirmou a posição de destaque da doença no cenário nacional. Foi criada uma “Comissão de Campanha contra a

⁵⁴⁰ BARRETO, João de Barros. “Realizações em 1941 do DNS”. *Arquivos de Higiene*. 1942:12 (1) 7-133, p. 109.

⁵⁴¹ Cf. MACIEL, Laurinda Rosa, *op. cit.*, p. 110.

⁵⁴² Instituída pela lei 378, de 13 de janeiro de 1937, juntamente com a conferência de educação, a I Conferência Nacional de Saúde destinava-se a facilitar ao governo federal o entendimento dessas atividades realizadas em todo o país, bem como a orientá-lo na execução dos serviços locais de educação e saúde. BRASIL, Diário Oficial da União, 15 de janeiro de 1937, p. 1210. Lei nº. 378, de 13 de janeiro de 1937, art. 90.

⁵⁴³ BRASIL, Coleção de Leis, 1941, vol. 2, p. 156. Decreto nº. 6.788, de 30 de janeiro de 1941. Cf. *Anais da I Conferência Nacional de Saúde*, ocorrida no Rio de Janeiro entre os dias 10 e 15 de novembro de 1941, pp. 4-6.

Lepra”, composta por sete membros, dentre eles, o Diretor do Serviço Nacional de Lepra, o Diretor do Serviço Nacional de Peste, e os delegados dos Estados do Paraná, São Paulo, Espírito Santo, Amazonas e Território do Acre.

Antes da realização da Conferência, foi enviado previamente aos Estados um questionário contendo uma série de perguntas referentes a assuntos gerais e específicos de saúde e outro sobre os problemas da educação⁵⁴⁴. No questionário sobre a saúde focalizavam-se os principais problemas e os tópicos relativos à organização e administração dos serviços incumbidos de atendê-los e solucioná-los. O tema da lepra aparece como um dos principais problemas de saúde, e o questionário se propunha a verificar especificamente a quantidade de leprologistas, o número de doentes fichados e internados, as formas clínicas da doença, os estabelecimentos para o isolamento dos doentes, assim como o número de leitos existentes e os necessários a atender a demanda, se existiam dispensários e preventórios e se era realizado o tratamento dos enfermos. Cada estado deveria remeter suas respostas antes da realização da Conferência, de modo que houvesse tempo para analisá-las. Acreditava-se que era necessário conhecer como cada Unidade Federativa cuidava do problema da lepra em seu território, para que o governo federal pudesse uniformizar e orientar o combate.

Durante a conferência, foram encaminhadas à discussão diversas propostas de resoluções, de acordo com a temática determinada para o encontro. Sobre a lepra foi proposto um único projeto, definido pela “Comissão de Campanha contra a Lepra”, da qual Ernani Agrícola, Diretor do recém criado Serviço Nacional de Lepra e Secretário Geral da Conferência, parecia ser o relator. A proposição foi apresentada em duas partes: a primeira onde ele se ateu aos aspectos gerais do problema⁵⁴⁵, e a segunda que conteve uma exposição minuciosa sobre os deveres da União, dos estados, dos municípios e das obrigações das instituições particulares.⁵⁴⁶ Era ainda necessário fixar as diretrizes e normas para um maior desenvolvimento da campanha nacional que se pretendia desenvolver contra a lepra.

⁵⁴⁴ GC i 1940.10.13 *Arquivo Gustavo Capanema*. CPDOC/FGV

⁵⁴⁵ *Anais da I Conferência Nacional de Saúde*, ocorrida no Rio de Janeiro entre os dias 10 e 15 de novembro de 1941, pp. 159-163. Segunda reunião da I CNS, realizada dia 12 de novembro de 1941.

⁵⁴⁶ *Anais da I Conferência Nacional de Saúde*, ocorrida no Rio de Janeiro entre os dias 10 e 15 de novembro de 1941, pp. 219-224. Terceira reunião, realizada no dia 13 de novembro de 1941.

De acordo com sua proposta, a campanha contra a lepra no país deveria orientar-se através do “armamento” conhecido como “tripé”, estimulando a sua utilização no combate contra a lepra. Defendia o isolamento obrigatório dos doentes contagiantes, a vigilância e o controle não só dos doentes, mas também dos comunicantes e daqueles que tivessem alta, o afastamento dos filhos sadios de leprosos e a sua manutenção, instrução e educação em preventórios, desde que sob vigilância.⁵⁴⁷ Para uma atuação mais objetiva e com maiores resultados julgava necessário focar na descoberta dos doentes através dos censos, da notificação compulsória e do exame sistemático dos comunicantes.

Sobre o tratamento, o projeto indicava que ele deveria ser regular e obrigatório a todos os doentes, com a finalidade de diminuir o poder de contágio, evitar o desenvolvimento da infecção ou até mesmo obter a cura das lesões e o desaparecimento dos sintomas. Preconizava a formação técnica do pessoal de saúde (médicos, enfermeiras, visitadoras sanitárias) e a propaganda educativa da população, de forma a difundir os conhecimentos sobre a doença, principalmente o fato de ser uma doença contagiosa, evitável e clinicamente curável, quando diagnosticada precocemente e tratada por meios adequados.

No projeto apresentado por Agrícola, foram definidas também as responsabilidades de cada uma das três esferas de poder.⁵⁴⁸ O governo federal seria o responsável pela orientação, coordenação e fiscalização de todas as atividades públicas e particulares referentes à campanha contra a lepra em todo o país. Deveria realizar estudos epidemiológicos, pesquisas, censo, inquéritos e coleta de dados técnicos e administrativos, estabelecendo a uniformidade de ação e a eficiência dos trabalhos contra a lepra a cargo da União, dos Estados, municípios e instituições particulares. A construção, ampliação e instalação dos leprosários ficariam a cargo da União, que auxiliaria também na instalação dos dispensários que fossem mantidos pelos Estados dentro das normas estabelecidas pelo SNL, e de preventórios para filhos sadios dos doentes, incentivando a iniciativa particular,

⁵⁴⁷ A orientação profilática a ser adotada contra a lepra, bem como o tratamento a ser dispensado, foram apresentados por Ernani Agrícola na segunda reunião da Conferência Nacional de Saúde. *Anais da I Conferência Nacional de Saúde*, ocorrida no Rio de Janeiro entre os dias 10 e 15 de novembro de 1941, pp. 159-163.

⁵⁴⁸ Apresentadas por Ernani Agrícola durante a terceira reunião da Conferência Nacional de Saúde. *Anais da I Conferência Nacional de Saúde*, ocorrida no Rio de Janeiro entre os dias 10 e 15 de novembro de 1941, pp. 219-224.

principalmente com referência às obras de assistência social aos filhos sadios de lázaros e suas famílias.

Os Estados seriam responsáveis por orientar, coordenar e fiscalizar as atividades realizadas em seu território, incluindo os seus municípios e as atividades particulares relacionadas com a campanha contra a endemia no Estado, dentro das normas estabelecidas pelo SNL. Deveria organizar e administrar os serviços estaduais de combate à lepra, isolando e mantendo os doentes e oferecendo-lhes assistência médico-social adequada. Além disso, ficaria responsável pelo funcionamento dos leprosários construídos e instalados pela União ou com a sua cooperação.

Aos Municípios, competiria o auxílio às instituições de assistência social aos leprosos, seus filhos e familiares e a cooperação direta na realização dos serviços de censo e vigilância. Já as instituições particulares deveriam dar assistência aos filhos dos doentes e às suas famílias, bem como ao próprio doente internado, de acordo com a direção do estabelecimento. Além disso, deveriam auxiliar as autoridades sanitárias na readaptação dos egressos⁵⁴⁹ dos leprosários e na educação sanitária das populações no tocante ao problema da lepra.

Essa proposta do diretor do Serviço Nacional de Lepra foi apresentada na conferência de forma a se discutir qual deveria ser a orientação da campanha contra a doença, determinando, para isso, as competências das três esferas de poder e das associações particulares. Mas existia outra intenção, certamente mais importante: definir o regimento do Serviço Nacional de Lepra, inexistente até então. E é possível chegar a essa conclusão ao examinar o regulamento do Serviço Nacional de Lepra, finalmente aprovado por decreto no ano de 1944.⁵⁵⁰ No texto do regulamento encontramos especificadas as finalidades do SNL e de suas seções, tal como foram aprovadas durante a I Conferência Nacional de saúde. Dos vários exemplos que podemos encontrar ao fazer a comparação, um em especial sobre a questão do isolamento dos doentes, que era a tônica da maioria das

⁵⁴⁹ Os egressos de leprosários eram aqueles indivíduos que passaram muito tempo internados nesses estabelecimentos de isolamento dos doentes de lepra, mas que obtiveram a cura clínica. Com a sua alta, os ex-doentes passam por um processo de readaptação social, de forma a facilitar a sua volta para a vida em sociedade.

⁵⁵⁰ BRASIL, Coleção de Leis, 1944, vol. 4, p. 236. Decreto nº. 15.484, de 08 de maio de 1944.

discussões do período. Abaixo encontramos, respectivamente, as sugestões aprovadas em conferência e, em seguida, o texto do regulamento aprovado três anos depois:

*“construir e instalar leprosários, bem como ampliar e instalar os existentes, desde que se torne necessário ao perfeito desenvolvimento da campanha.”*⁵⁵¹

*“promover a montagem, em todo o país, do armamento antileproso, de acordo com as necessidades do combate à lepra.”*⁵⁵²

Assim, podemos concluir que as proposições aprovadas pela I Conferência Nacional de Saúde passaram a orientar a luta contra a lepra desempenhada desde então. Essa nova orientação não substituiu o Plano Nacional de Combate a Lepra, vigente desde 1935, acrescentando-lhe a definição das competências dos governos federal, estaduais e municipais, além de regular a atuação das associações particulares nessa campanha, o que até então não estava bem definido.

5.3 – O Serviço Nacional de Lepra e sua atuação “verdadeiramente” nacional

O Serviço Nacional de Lepra foi idealizado como um órgão capaz de dar mais unidade às ações do Ministério no campo da leprologia, centralizando o comando das ações e padronizando normas e procedimentos técnicos. Para a realização do objetivo era necessário organizar e criar um serviço onde seus funcionários tivessem habilidade técnica

⁵⁵¹ BARRETO, João de Barros. “Realizações em 1941 do DNS”. *Arquivos de Higiene*. 1942:12 (1) 7-133, p. 130.

⁵⁵² BRASIL, Coleção de Leis, 1944, vol. 4, p. 236. Decreto nº. 15.484, de 08 de maio de 1944., art. 8, inciso XII.

comprovada e que estivessem comprometidos com as ações que vigorariam no país visando o combate à lepra. Como podemos avaliar, os leprologistas construíram uma sólida rede que os permitiu aproveitar de suas relações políticas com o governo federal, ao contrário, por exemplo, dos sifilógrafos, que dividiam espaço com a doença, na Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, atuante nas décadas de 1920-1930. Eles conseguiram ampliar seu espaço nas agências médicas estatais, privilegiando, assim, suas ações de saúde na nova estrutura ministerial. Conforme nos afirmou Cristina Fonseca, os 12 Serviços Nacionais criados com a reforma de 1941 “demonstravam as áreas privilegiadas pelo governo entre o grande conjunto de atividades e setores em que vinham sendo desenvolvidas as ações de saúde pública”⁵⁵³.

Nos primeiros meses de atuação, o SNL seguiu a agenda de trabalho que já vinha sendo realizada pelo governo federal: aquela que tinha sido definida pelo Plano Nacional de Combate à Lepra, desde 1935, ou seja, a construção e manutenção de leprosários. Garantindo o espaço para a segregação dos doentes, tornava-se mais fácil cumprir com as ações de notificação e isolamento dos novos casos detectados pelos técnicos do SNL: até finais de 1941, dos 33 mil doentes fichados até o momento, quase 50% deles encontravam-se internados nos mais de 30 leprosários existentes no país.⁵⁵⁴

Mas o SNL não atuava somente com relação aos leprosários. O detalhamento das estratégias que circunscreveriam o combate à doença no país foi publicado em artigo datado de 1943.⁵⁵⁵ Dentre as diversas ações que constavam do programa que o Serviço Nacional de Lepra seguia, podemos destacar: a implantação do modelo de tratamento tripé em todo o país; o incentivo à cultura de plantas antilépticas a fim de diminuir os custos de importação do produto; o estabelecimento de normas para alta dos pacientes; o incentivo às pesquisas e investigações científicas; além da realização de estudos, censo e inquéritos epidemiológicos. Diante dessa ampla agenda de atividades temos uma noção da dimensão

⁵⁵³ FONSECA, Cristina M. Oliveira, *op. cit.*, p. 233

⁵⁵⁴ BARRETO, João de Barros. “Realizações em 1941 do DNS”. *Arquivos de Higiene*. 1942:12 (1) 7-133, p. 106. Neste artigo podemos perceber uma atuação mais enérgica do governo com relação à construção de leprosários no país com a atuação deste Serviço.

⁵⁵⁵ “Atribuições do Serviço Nacional de Lepra e programa de ação”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: 1943: II (2) 5-7.

que se pretendia para o Serviço – seguindo de perto os ideais do governo Vargas, que pretendia ampliar ao máximo sua autoridade, atuando por todo o território nacional.

Uma das políticas consideradas fundamentais pelos leprologistas para uma melhor profilaxia era a realização de estatísticas precisas sobre o número de doentes existentes no país. Descobrir quantos eram e onde eles estavam tornou-se fundamental nos primeiros anos de atuação do SNL. Para tanto, os técnicos elaboraram um censo que estabelecesse o perfil social e epidemiológico dos doentes, retratando ao máximo a realidade nacional. Embora realizados desde a IPLDV, os censos dos leproso tiveram sua prática alterada. Nas décadas de 1920 e 1930, a política era muito frágil, baseada no envio dos dados de notificação através dos Estados, sem nenhuma centralização ou coordenação dos serviços. Com o SNL, a atividade passou a ser realizada a partir de normas científicas pré-estabelecidas, haja vista que desde 1936 já funcionava o Instituto Nacional de Estatística.⁵⁵⁶ Ao final dos trabalhos do censo, o SNL coletou dados de todo o país, permitindo que fossem introduzidas de modo mais sistemático as políticas de combate à doença de modo específico nos diferentes Estados.

Além disso, o Serviço também priorizava ações de educação sanitária para a população e o treinamento do seu pessoal, de modo que sua atuação fosse considerada sempre positiva. Desde as resoluções da I Conferência Nacional de Saúde, a formação profissional dos servidores já era priorizada. A partir de 1941, esta questão e o aperfeiçoamento dos leprologistas foram considerados fundamentais para o sucesso do campo.⁵⁵⁷ Eles recebiam treinamento apropriado através dos cursos de leprologia realizados em todo o país e eram capacitados através do incentivo dado às pesquisas científicas sobre a doença. Para uma melhor disseminação do conhecimento científico que

⁵⁵⁶ Embora criado desde 1934, o Instituto Nacional de Estatística só iniciou suas atividades em 29 de maio de 1936. No ano seguinte, foi constituído o Conselho Brasileiro de Geografia e incorporado ao Instituto, que logo passou a se chamar Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/diseminacao/eventos/missao/instituicao.shtm> Acesso em: 15 jan. 2011.

⁵⁵⁷ Como vimos no capítulo 2, o Curso de Saúde Pública foi criado a partir de janeiro de 1925, com o decreto 16782-A, e deveria ser ministrado através da Faculdade de Medicina. Esta especialização era incentivada e promovida pelo Departamento Nacional de Saúde que, a partir de 1938, passou a oferecê-los em diferentes Estados, facilitando o acesso aos profissionais de fora do Rio de Janeiro. Em junho de 1941, ele foi novamente reestruturado e surgiram, também, os cursos especializados que davam um enfoque mais específico à algumas doenças específicas, como a lepra ou a tuberculose. Cf. BARRETO, João de Barros. “Atividades de um ano do Departamento Nacional de Saúde”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano 13, nº 1, abril de 1943, pp. 31-43.

se construía, foram incentivadas as publicações dos trabalhos sobre a especialidade médica, de modo a compor um painel da leprologia brasileira.

A educação sanitária também teve um papel importante na profilaxia e no tratamento da lepra. O sucesso das ações estaria intimamente vinculado à disseminação das informações para a população, esclarecendo-a sobre a doença, o tratamento e o tipo de internação – realizados pelos leprologistas do Serviço Nacional de Lepra – e desmistificando determinadas informações. Os técnicos do SNL acreditavam que informando melhor, a população procuraria mais rapidamente o especialista, o que permitiria o aumento da descoberta de casos e conseqüentemente o tratamento mais rápido.⁵⁵⁸ Segundo Barros Barreto, os principais pontos focados na educação sanitária deveriam ser a informação de que a lepra era uma doença contagiosa, favorecida pelo contato íntimo e prolongado com o doente, porém evitável e clinicamente curável, sobretudo quando diagnosticada precocemente; e enfatizavam também que as crianças eram mais suscetíveis ao contágio.⁵⁵⁹ Em qualquer que fosse o suporte escolhido (filmes, palestras, folhetos), o importante era “desestigmatizar” a doença e os doentes, esclarecendo a população sobre as formas de contágio e favorecendo a descoberta de novos casos.

Se comparado às realizações do primeiro ano, o Serviço Nacional de Lepra ampliou muito sua atuação. Com o Regimento de 1944, fica claro que o foco estava também na realização do censo leproológico em todo o país, no combate ao “charlatanismo”, em oferecer à população uma educação sanitária mais específica e aos servidores, uma especialização técnica, entre outras coisas.⁵⁶⁰

O Serviço Nacional de Lepra adotou como medicamento oficial de combate à lepra as sulfonas. Seu poder terapêutico foi constatado pelo médico norte-americano Guy Faget, em 1941, a partir dos estudos que realizou nos laboratórios do Leprosário Nacional de Carville, Louisiana (EUA).⁵⁶¹ Mesmo tendo sua eficácia comprovada, foram necessários vários anos para que o novo medicamento fosse aceito pela comunidade médica e pelos

⁵⁵⁸ FONTE, Joir. “Um programa mínimo de propaganda e educação sanitária para a campanha de profilaxia da lepra”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro, Ano III, nº 2, junho de 1944, p. 36.

⁵⁵⁹ BARRETO, João de Barros. “Organização moderna da luta contra a lepra: a campanha no Brasil”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, Ano VIII, nº 2, novembro de 1938, pp. 245-261

⁵⁶⁰ BRASIL, Coleção de Leis, 1944, vol. 4, p. 236. Decreto nº. 15.484, de 08 de maio de 1944.

⁵⁶¹ *Apud* CURI, Luciano Marcos, *op. cit.*, p. 203.

pacientes. No Brasil elas foram utilizadas pela primeira vez em 1944, nos pacientes do Asilo-Colônia Padre Bento, em Guarulhos, São Paulo.⁵⁶² As décadas de 40 e 50 trariam, assim, novos rumos: com o avanço dos medicamentos quimioterápicos, conhecidos como sulfonas, o controle da doença deixou de ser realizado, em grande medida, pelo isolamento e segregação dos doentes.⁵⁶³

A criação do Serviço Nacional de Lepra e as deliberações da I Conferência Nacional de Saúde com relação à doença também permitiram que a pesquisa laboratorial voltasse a ser considerada uma das principais ações para o desenvolvimento de estratégias para o combate à lepra no país. A pesquisa de cunho investigativo se constituía em um dos instrumentos para a realização do chamado “armamento anti-leprótico” desde o plano de 1935. Mas, após o encerramento do CIL, o desenvolvimento da atividade laboratorial encontrava-se prejudicada.⁵⁶⁴ Era necessário investir em um novo laboratório de pesquisas para dar continuidade ao trabalho na área. A I CNS previu a criação de um ‘Centro Nacional de Estudos e Investigações da Lepra’ que, segundo sugestões deveria realizar estudos referentes à epidemiologia, bacteriologia, sorologia, imunologia, anatomopatológica, bioquímica, estudos clínico e terapêutico, estudos experimentais sobre transmissão da lepra, padronização e controle dos medicamentos contra a lepra, além do treinamento do pessoal técnico.⁵⁶⁵ Porém, este centro não foi efetivamente criado, mas, o novo Instituto de Leprologia supriu a lacuna que o CIL teria deixado na pesquisa laboratorial.

⁵⁶² TALHARI, Sinésio e NEVES, René Garrido. *Hanseníase*. Manaus, Gráfica Tropical, 1997; e DINIZ, Orestes. *Profilaxia da lepra: evolução e aplicação no Brasil*. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Medicina Militar, 1960.

⁵⁶³ MACIEL, Laurinda Rosa, *op. cit.*, p. 253.

⁵⁶⁴ Ainda em 1935, no projeto de reforma do ministério, enviado à Câmara dos Deputados, o governo federal já propunha a criação de um instituto de pesquisas, que seria denominado Instituto Nacional de Saúde Pública, cuja estrutura deveria constar, necessariamente, uma seção de leprologia destinada à pesquisa do problema da lepra em todo o país. Cf. Eunice Weaver. “*Homenagem ao Ministro Gustavo Capanema*”. GC j 1946.01.19. *Arquivo Gustavo Capanema*. CPDOC/FGV. Esse instituto foi criado com a reforma de 1937 e tinha o objetivo de realizar estudos sobre os assuntos da saúde, mas o texto do artigo não fala especificamente sobre nenhuma doença a ser pesquisada. BRASIL, Diário Oficial da União, 15 de janeiro de 1937, p. 1210. Lei nº. 378, de 13 de janeiro de 1937, art. 52. Embora criado por lei, este Instituto jamais saíra do papel. Cf. HOCHMAN, Gilberto, “A saúde pública em tempos de Capanema: continuidades e inovações”. In: BOMENY, H. (Org) *Constelação Capanema: intelectuais e políticas*. Rio de Janeiro: FGV / Universidade São Francisco, 2001, pp.127-51, p. 139

⁵⁶⁵ BARRETO, João de Barros. “Realizações em 1941 do Departamento Nacional de Saúde”, *Arquivos de Higiene*. 1942:12 (1) 7-133. Como veremos no próximo item, este instituto, especificamente, não foi criado.

5.4 – Um novo Instituto para a pesquisa laboratorial da lepra.

O fim do Centro Internacional de Leprologia e de suas atividades em 1939 não determinou o abandono da pesquisa leproológica realizada no Brasil. O país não deixou de investir esforços na leprologia, muito embora não tenha ocorrido novamente uma cooperação internacional como a que deu origem ao CIL. Os especialistas, de maneira individualizada, ou a partir de seus laboratórios em institutos científicos, continuaram a executá-la até que os órgãos específicos da estrutura governamental voltassem a cuidar oficialmente do problema. Como veremos neste item, o Instituto Oswaldo Cruz – unidade técnico-científica que pertence à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) – tornou-se um dos herdeiros das atividades realizadas no campo das pesquisas biológicas referentes à doença. Integrado à Fiocruz na década de 1970, o Instituto de Leprologia – subordinado ao Serviço Nacional de Lepra – tinha o objetivo de realizar estudos sobre a lepra, dando-lhe mais rigor e precisão, o que possibilitaria uma atuação mais coesa e profunda no combate à doença.

Ao elaborar o relatório de atividades do Serviço Nacional de Lepra referente ao ano de 1943, Ernani Agrícola comentou sua intenção em construir uma instituição de pesquisa que tivesse a lepra como objeto principal. Para ele, as investigações científicas que visavam conhecer a doença e suas particularidades laboratoriais deveriam ser incorporadas ao SNL, passando a ter a mesma importância que o modelo tripé de tratamento (leprosários, dispensários e preventórios) para o combate à endemia:

“O Instituto de Leprologia constituirá, por assim dizer, a cúpula do majestoso edifício da profilaxia da lepra, consagrado pela moderna campanha antihanseniana e ele se constituirá o arremate do

programa que está sendo paulatinamente concretizado pelo Governo (...)”.⁵⁶⁶

Mas embora subordinado ao SNL, o Instituto de Leprologia deveria ter autonomia administrativa e científica. Deveria, ainda, realizar investigações sobre a lepra, tornando-se “(...) o vértice da nossa estrutura profilática, de onde partirão as diretrizes que conduzirão as nossas atividades antilepróticas com a maior precisão e no sentido de maior segurança e eficiência”.⁵⁶⁷

A idéia de Ernani Agrícola de fundar uma instituição que pudesse ocupar o espaço deixado pelo Centro Internacional de Leprologia tinha sua origem desde a criação do SNL.⁵⁶⁸ Porém, enquanto este novo instituto não fosse constituído, as pesquisas sobre a lepra continuariam sendo realizadas “(...) num pequeno laboratório, instalado na sede do Serviço [Nacional de Leprologia]”⁵⁶⁹, que se localizava na Rua Washington Luiz, no Centro do Rio de Janeiro, nas proximidades do Hospital da Cruz Vermelha. Neste *pequeno laboratório* realizavam os trabalhos de rotina, como baciloscopia, histopatologia e preparo de lepromina.⁵⁷⁰

Assim, a pesquisa laboratorial específica para a lepra só voltou a ser realizada pela esfera federal sete anos após o encerramento das atividades do CIL. Graças à preocupação quanto à doença, reativada no cenário político através da criação do Serviço Nacional de Lepra, foi possível criar o Instituto de Leprologia (IL), em 1946. O instituto de pesquisas

⁵⁶⁶ AGRÍCOLA, Ernani. “Atividades do SNL em 1943 (trechos do relatório apresentado ao Diretor Geral do DNS)”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano IV, nº 1, março de 1945, p. 55.

⁵⁶⁷ AGRÍCOLA, Ernani. “Serviço Nacional de Lepra - Relatório das suas atividades no ano de 1944”, *Arquivos do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano III, nº 1, 1945, p. 10.

⁵⁶⁸ Ver epígrafe deste capítulo.

⁵⁶⁹ AGRÍCOLA, Ernani. “Instituto de Leprologia – Um pouco de sua história”, *In: BRASIL. Instituto de Leprologia – Organização e Atividades*. Rio de Janeiro: Divisão Nacional de Lepra, 1970, p. 9.

⁵⁷⁰ AGRÍCOLA, Ernani. “Serviço Nacional de Lepra - Relatório das suas atividades no ano de 1948”. *Arquivos do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano VII, nº 2, dezembro de 1949, pp. 7-98

leprológicas veio, então, suprir a necessidade por pesquisa específica e a lacuna possivelmente deixada pelo Centro Internacional de Leprologia.⁵⁷¹

Mesmo sem ter uma área própria para seu funcionamento a criação do Instituto de Leprologia foi homologada através do Decreto-lei nº. 8548, assinado em 8 de janeiro de 1946.⁵⁷² Fatores de origem política, como a mudança no contexto interno decorrente da queda do Estado Novo e da Constituinte, podem justificar o atraso em muitos anos para a inauguração da sede do Instituto, o que só ocorreu em 1952. No espaço de tempo, o Instituto de Leprologia funcionou em um recinto cedido pelo Hospital Frei Antônio, graças a um acordo firmado entre o Diretor do SNL e a Irmandade do Santíssimo Sacramento da Candelária, que administrava este Hospital.⁵⁷³

Laurinda Maciel tratou da criação e funcionamento do Instituto de Leprologia em um dos capítulos de sua tese.⁵⁷⁴ Para refazer a trajetória dos primeiros anos de funcionamento do instituto, Laurinda Maciel recorreu aos relatórios de atividades elaborados pelo Diretor do Departamento Nacional de Saúde, ao qual o IL estava subordinado. Na tentativa de solucionar a falta de documentação oficial, ou de qualquer outra manuscrita, fez também o uso da história oral, através de algumas entrevistas que realizou com leprologistas que atuaram neste serviço.⁵⁷⁵

⁵⁷¹ AGRICOLA, Ernani. “Instituto de Leprologia – Um pouco de sua história”. In: BRASIL. *Instituto de Leprologia – Organização e Atividades*. Rio de Janeiro: Divisão Nacional de Lepra, 1970, p. 9.

⁵⁷² Decreto-lei nº 8584, de 8 de janeiro de 1946 – Cria, sem aumento de despesas, no Serviço Nacional de Lepra, do Departamento Nacional de Saúde, o Instituto de Leprologia. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=103995&tipoDocumento=DEL&tipoTexto=PUB> Acesso em: 21 fev. 2011. Este Decreto-lei alterou o Regimento do SNL, cuja nova redação foi aprovada com o Decreto nº 20354, da mesma data, 8 de janeiro de 1946 - Altera disposições do Regimento do Serviço Nacional de Lepra aprovado pelo Decreto nº 15.484, de 8 de maio de 1944. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=153220&tipoDocumento=DEC&tipoTexto=PUB> Acesso em: 21 fev. 2011.

⁵⁷³ Segundo Laurinda Maciel, este acordo foi firmado em 1947 e as enfermarias existentes seriam utilizadas para as atividades do Instituto, enquanto a sede nova não se inaugurava. Em 1949 deu-se início à construção da sede do IL, que só foi inaugurada em 1952, recebendo o nome de Pavilhão Fernando Terra, em homenagem ao antigo diretor do Hospital Frei Antonio, que também foi professor de dermatologia, um dos fundadores da Sociedade Brasileira de Dermatologia em 1912 e seu primeiro presidente. MACIEL, Laurinda Rosa, *op. cit.*, p. 193.

⁵⁷⁴ *Ibidem*, especificamente o item “2.3.2 – O Instituto de Leprologia”, pp. 189-200.

⁵⁷⁵ *Ibidem*. Em especial os especialistas René Garrido Neves – diretor do IL nos anos 1964/65 – e Lygia Madeira, - que também dirigiu o IL, de 1970 até 1976. As entrevistas fazem parte do ‘Projeto Memória e História da Hanseníase através de seus depoentes (1960-2000)’, que pode ser encontrado no Departamento de

Segundo Laurinda Maciel, a divisão organizacional estabelecida para o funcionamento do IL contemplava quatro áreas de pesquisa científica. No lugar das tradicionais seções do serviço público, as áreas foram denominadas como “Turmas”: de Anatomia Patológica, dirigida por Rubem David Azulay; de Bacteriologia e Imunologia, dirigida por Cândido Silva; de Bioquímica e Farmacologia, dirigida por Inácio Martins de Castro; e de Clínica e Terapêutica, dirigida por Avelino Miguez Alonso. Para o apoio administrativo e logístico foram criadas outras “Turmas”, como a de Documentação e a de Serviços Auxiliares, que englobavam Biblioteca, Arquivo e Documentação. A estrutura organizacional do IL permaneceu dividida nas quatro “turmas” até 1969.⁵⁷⁶

Em maio de 1970, o Instituto de Leprologia passou a integrar a Fiocruz como órgão autônomo coordenado pelo Instituto Oswaldo Cruz, mas sua sede permaneceu em São Cristóvão, no mesmo local em que foi criado. De acordo com Laurinda Maciel, René Garrido foi contrário à incorporação, pois retirou a identidade profissional do Instituto de Leprologia, visto que ele seria anexado a uma instituição que já tinha uma face consolidada no cenário da saúde pública brasileira.⁵⁷⁷ Ainda segundo a pesquisadora, em 1976, ocorreu uma ampla reforma institucional na Fundação Oswaldo Cruz, que absorveu o Instituto de Leprologia. Após 1980, as atribuições deste instituto passaram a ser cumpridas pelo Setor de Leprologia, então constituído como uma subdivisão do Departamento de Medicina Tropical, do Instituto Oswaldo Cruz.⁵⁷⁸

Durante as três décadas de funcionamento, o Instituto de Leprologia realizou pesquisas em vários seguimentos. Dentre as principais, podemos citar: a lepra experimental; as tentativas de cultura do *Mycobacterium Leprae*; o papel da BCG na profilaxia da doença; e os aspectos viscerais da lepra. Também realizava exames histopatológicos, como biopsias ou exames complementares para as diferentes seções do próprio instituto.

Arquivo e Documentação, da Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz. Os depoimentos são citados às páginas 197 e 198. MACIEL, Laurinda Rosa, *op. cit.*

⁵⁷⁶ Foram diretores do IL: João Baptista Risi (1952/60); Cândido Silva (1961/63); René Garrido Neves (1964/65); Nilson Carvalho da Silva (1966/68); Rubem David Azulay (1968/69) e Lygia Madeira (1970/76). *Ibidem*, p. 193.

⁵⁷⁷ *Ibidem*, p. 198.

⁵⁷⁸ *Ibidem*, p. 199.

No início da década de 1970, o Instituto de Leprologia tinha entre seus principais objetos de pesquisa o estudo do desenvolvimento da doença nos seus aspectos intracelulares. Diante da importância dos estudos lá realizados e do empenho da Organização Mundial de Saúde em incentivar políticas que levassem à erradicação da doença, o IL tornou-se um membro cooperante da OMS no estudo da endemia, colocando novamente o Brasil no campo da pesquisa laboratorial da doença no cenário internacional.

CONCLUSÕES

A década de 1920 configurou uma maior articulação de atores, fossem eles Estados nacionais, organizações internacionais ou indivíduos em particular. Tal arranjo de forças consolidou um espaço de discussão e permitiu ações direcionadas exclusivamente para o campo. Discutida amplamente entre sanitaristas, políticos e sociedade civil, em busca de métodos eficazes para garantir seu controle, a lepra tornou-se uma questão mais evidente a partir do início dos anos 1920. Assim, despertou a atenção das autoridades sanitárias nacionais que buscavam salvar as populações do interior não só das mazelas do corpo, mas também de seu abandono enquanto cidadãos. Como reflexo da importância que a doença alcançou no cenário nacional, foi criada a Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas que punha em prática as políticas de controle da lepra.

Na década de 1930, as ações se tornaram ainda mais específicas com o estabelecimento de um plano de ação determinado pelo ministro Gustavo Capanema. O Plano Nacional de Combate à Lepra, realizado a partir de 1935, determinou as prioridades do combate à lepra, em especial a construção e manutenção de leprosários por todo o país de modo que o isolamento compulsório dos doentes seguisse como a principal política implementada no país. Por meio do funcionamento destes leprosários consolidava-se a presença da autoridade federal nos Estados.

Internacionalmente a lepra era tema de debates em congressos e conferências específicas realizadas na Europa e na América. A Conferência Americana de Lepra e as Conferências Internacionais de Leprologia constituíram-se num *lócus* de debates sobre profilaxia, terapêutica, políticas públicas, pesquisa laboratorial. Diante das recomendações destes encontros científicos, podemos verificar que, durante as décadas de 1920 e 1930, o

Brasil se enquadrava ao que era definido internacionalmente como uma luta eficaz contra a lepra.

Além de auxiliar na crescente consolidação do Estado Nacional, a lepra teve ainda outro papel fundamental: serviu de impulso para a realização de uma cooperação internacional em saúde. A Liga das Nações – importante agência internacional do período – foi criada após a Primeira Guerra para manter a paz mundial. O Brasil, por participar da guerra ao lado dos aliados obteve um assento não-permanente no Conselho da Liga. Depois de muito tentar torná-lo permanente e por não concordar com algumas políticas praticadas pela Liga, o país decidiu retirar-se desta organização.

Por outro lado, a Liga estava interessada em alargar geograficamente seu campo de atuação. Seus membros acreditavam que uma cooperação científica em saúde entre os países e sua Organização da Saúde também poderia auxiliar no ideal de preservação da paz. O cientista brasileiro Carlos Chagas foi escolhido membro do Comitê de Higiene da Liga, em 1922. A partir de 1925, percebendo o interesse dos seus colegas do comitê, Chagas colocou em pauta a discussão sobre o problema da lepra pelo mundo, trazendo informações alarmantes sobre a endemia no Brasil. De início conseguiu criar uma Comissão da Lepra, da qual foi presidente, e que tinha o objetivo de realizar estudos sobre a real situação da doença pelo mundo. O ativismo de Chagas – muito mais do que o desejo da Liga em se firmar em outro continente – permitiu, assim, que o Brasil, representado por ele, protagonizasse a construção de uma “agenda” internacional sobre uma doença que ele mostrou necessitar atenção.

Foi sua a idéia de criar um centro internacional de estudos leproológicos no Brasil, dando o passo inicial para a cooperação que se estabeleceria com a Liga das Nações. Conseguiu recursos financeiros federais e de Guilherme Guinle para dar o fundamental suporte à sua proposta. A Liga daria seu apoio, sua chancela internacional, mas não entraria com nenhum recurso financeiro, a não ser quando enviasse especialistas para a realização de trabalhos no Centro. O acordo entre Brasil e Liga das Nações para a criação do CIL foi firmado em 1931. Entretanto, ele só foi inaugurado em 1934, por conta de atrasos administrativos – a demora nas nomeações – políticos e financeiros – o país passava por instabilidades durante o Governo Provisório devido à crise de 1929 e da Revolução de 1930.

O CIL além de consolidar um projeto nacional de especialização do campo, foi transformado por Chagas numa instituição reconhecida internacionalmente. Ao entrar na pauta científica internacional a partir de uma demanda brasileira, o tema da lepra – tão caro aos especialistas e aos administradores brasileiros – permitiu a consolidação de uma *cooperação internacional em saúde*.

Muito mais do que a vontade da Liga das Nações de se fazer presente nas Américas, o acordo para a criação de um centro de leprologia no Brasil foi o resultado de uma perspicaz iniciativa de Chagas de defini uma agenda – importante nacionalmente – no cenário internacional. A cooperação internacional proposta por Chagas através da criação do CIL chancelaria sua própria atuação nas questões sanitárias e traria reconhecimento ao que já era realizado no Brasil com relação à lepra, e uma importante participação internacional.

A atuação de Carlos Chagas foi fundamental para a montagem da estrutura organizacional do Centro Internacional de Leprologia. Seu grande idealizador foi o responsável pela elaboração de seus estatutos e linhas de pesquisas. Sua nomeação, em novembro de 1933, como diretor, veio confirmar sua liderança na realização do projeto e o reconhecimento de seu empenho na exaltação do tema da lepra no cenário nacional e internacional. Além disso, foi o responsável pela captação dos recursos essenciais para que as atividades do CIL fossem concretizadas.

O Centro Internacional de Leprologia encerrou suas atividades em 1939, mesmo tendo uma agenda de atividades intensa e bastante elogiada no Comitê de Higiene. A decisão partiu do governo brasileiro, embora o prazo de cinco anos fosse um item previsto no acordo de 1931. Outros fatores para o fim deste acordo podem ser analisados a partir da possível retirada do financiamento de Guinle ou ainda mudanças no cenário internacional e as mudanças de orientação política no país.

No Brasil, um novo laboratório constituído por interesses governamentais só foi criado na década seguinte. O Instituto de Leprologia foi o sucessor das atividades desenvolvidas pelo CIL, já que lá eram realizadas pesquisas laboratoriais, além de ser um espaço para congregar pesquisadores de renome internacional. As estratégias definidas pela I Conferência Nacional de Saúde atribuíram à investigação laboratorial e à pesquisa,

os alicerces das novas estratégias de combate à lepra no país, de responsabilidade do Serviço Nacional de Lepra. A pesquisa, de cunho investigativo, realizada no IL, foi fundamental, inclusive, durante a Campanha Nacional contra a Lepra empreendida a partir de 1954. Desse modo, podemos compreender o CIL como uma experiência de curta duração, porém uma etapa fundamental para a conformação de políticas governamentais para o controle da lepra no Brasil.

FONTES

Fontes Impressas

“Acordo celebrado entre a Sociedade Paulista de Leprologia, representada por seu presidente, e o Diretor do Centro Internacional de Leprologia, para a publicação da ‘Revista Brasileira de Leprologia.’” *Revista Brasileira de Leprologia* 1936:IV(1) 90.

AGRÍCOLA, Ernani. “Atividades do SNL em 1943 (trechos do relatório apresentado ao Diretor Geral do DNS)”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano IV, nº 1, março de 1945.

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

AGRÍCOLA, Ernani. “Serviço Nacional de Lepra - Relatório das suas atividades no ano de 1948”. *Arquivos do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: Ano VII, nº 2, dezembro de 1949.

AGRÍCOLA, Ernani. “O isolamento na profilaxia da lepra” *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*, 1958: março (1) 18-25.

AGRÍCOLA, Ernani. “A lepra no Brasil – Resumo histórico”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*, 1960:19 (2) 143-155.

AGRÍCOLA, Ernani. “Instituto de Leprologia – Um pouco de sua história”. In: BRASIL. *Instituto de Leprologia – Organização e Atividades*. Rio de Janeiro: Divisão Nacional de Lepra, 1970.

ALEIXO, Antônio. “O isolamento domiciliar e a vigilância sanitária na luta contra a lepra”. *Anais do II Congresso Brasileiro de Higiene*, realizado em Belo Horizonte, em dezembro de 1924. Tipografia Pimenta de Mello & Cia. 1924 (1) 217.

Anais do V Congresso Brasileiro de Higiene, Recife, 1929.

Anais da I Conferência Nacional de Saúde, ocorrida no Rio de Janeiro entre os dias 10 e 15 de novembro de 1941.

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

ARAUJO, Oscar da Silva. “Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas no Brasil e a atuação do Departamento Nacional de Saúde Pública”. *Arquivos de Higiene* 1927:1 (2) 195-254.

“Atribuições do Serviço Nacional de Lepra e programa de ação”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*. Rio de Janeiro: 1943: II (2) 5-7.

BALIÑA, Pedro L. “Consideraciones sobre el problema de la lepra em la Argentina”. *Revista Brasileira de Leprologia* 1936: IV (4) 489-502.

BARRETO, João de Barros “Problemas Nacionais: I – Lepra”. *Arquivos de Higiene*, 1935:5 (1) 119-130.

BARRETO, João de Barros. “Organização moderna da luta contra a lepra: a campanha no Brasil”. *Arquivos de Higiene*. 1938:8 (2) 245-261.

BARRETO, João de Barros. “Realizações em 1941 do DNS”. *Arquivos de Higiene*. 1942:12 (1) 7-133.

BARRETO, João de Barros. “Atividades de um ano do Departamento Nacional de Saúde”. *Arquivos de Higiene*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1943:13 (1) 31-43.

BARRETO, João de Barros. *O Departamento Nacional de Saúde Pública em 1944*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1945.

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

Bio-Bibliografia do Professor Heraclides César de Souza-Araújo, 1957.

Boletim da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra. São Paulo, Ano I, nº 6, 30 de setembro de 1929.

Carta de Florence M. Read a Janney, 14 de novembro de 1923. Rockefeller Foundation, RG – 51.2, S-305, Box 160, F-2082.

“Centro Internacional de Leprologia. Curso de Leprologia de 1936. 1ª Turma de diplomados.” *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*, 1937: XII (1-6) 45-46.

CHAGAS, Carlos. “Primeira Conferência Americana de Lepra. Discurso pronunciado pelo Diretor Geral da Saúde Pública na sessão inaugural da Conferência em 8-10-1922”. *Arquivos Brasileiros de Medicina*, 1922:12 (11) 898-924.

“Conclusões da 1ª Conferência Panamericana de Lepra realizada no Rio de Janeiro, em 1922”. *Arquivos Mineiros De Leprologia* 1946:6 (4) 195-197.

COLE, Howard Irving. “Os óleos de chaulmoogra e sua preparação.” *Revista Brasileira de Leprologia*. 1936: IV (1) 3-7.

COLE, Howard Irving e CARDOSO, Humberto T. “Os ésteres etílicos de chaulmoogra.” *Revista Brasileira de Leprologia*. 1936: IV (3) 333-340.

DINIZ, Orestes. “Profilaxia da lepra: evolução e aplicação no Brasil”. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*, 1960:19 (1) 7-135.

DINIZ, Orestes. *Profilaxia da lepra: evolução e aplicação no Brasil*. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Medicina Militar, 1960.

INSTITUTO OSWALDO CRUZ. *Relatório das atividades executadas no ano de 1922*. Rio de Janeiro: IOC, 1922.

INSTITUTO OSWALDO CRUZ. *Relatório das atividades executadas no ano de 1924*. Rio de Janeiro: IOC, 1924.

INSTITUTO OSWALDO CRUZ. *Relatório das atividades executadas no ano de 1925*. Rio de Janeiro: IOC, 1925.

MANSON, Patrick. “Tropical diseases: a manual of diseases of warm climates.” London, Cassel and Company, 3, edition, 1903.

- MOTTA, Joaquim. “O problema da lepra no Brasil”. Apresentado ao Congresso Nacional dos Práticos. *Arquivo Brasileiro de Medicina*, 1922:12 (10) 785.
- MOTTA, Joaquim. “Importância do Diagnóstico na Profilaxia da Lepra – Formas atípicas da doença”. *Arquivos de Higiene*, 1927:1 (2) 103-118.
- PUPO, J. Aguiar. “O óleo de Chaulmoogra e as flacourtiaceas do Brasil”. *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*, 1926:2 (3) 1-9.
- RABELLO, Eduardo e AZEVEDO, S. de Barros. “Note sur la statistique de la lèpre au Brésil” In: E. Marchoux. *III Conférence Internationale de la Lèpre*. Strasburg 28 au 31 Juillet 1923. Communications et Débats, Librairie J. B. Bailliére et Fils, Paris, 1924.
- RABELLO, Eduardo. “Profilaxia da lepra, do câncer e das doenças venéreas”. In: *Primeiro Congresso Brasileiro de Higiene*. Rio de Janeiro, 1923 (2) 216-224.
- RABELLO, Eduardo. *Boletim da Academia Nacional de Medicina*, 1926:98 (9) 263-291
- SILVA, J. Ramos e. “A chimioterapia da lepra, o seu estado atual”. *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*, 1926:2 (1) 17-28.
- “Sociedade Paulista de Leprologia – sessão extraordinária – 29-02-1936”. *Revista Brasileira de Leprologia* 1936: IV (1) 98.
- SOUZA-ARAÚJO, Heraclídes Cesar de. *A Lepra. Modernos estudos sobre seu tratamento e profilaxia*. Propaganda Sanitária. Folheto de 97 pp. Tipografia Instituto Lauro Sodré, Belém, Pará, 1923.
- SOUZA-ARAÚJO, Heraclídes Cesar de. *A lepra – estudos realizados em 40 países (1924-1927)*. Rio de Janeiro: Tipographia do IOC, 1929.
- SOUZA-ARAÚJO, Heraclídes Cesar de. “O bello exemplo do Japão no combate à lepra”. Sétima conferência, realizada em 14 de janeiro de 1930. In *Boletim da Federação das Sociedades de Assistência aos Lázarus e Defesa contra a Lepra*. São Paulo, 31 de janeiro de 1930. Ano 1, n.10.
- SOUZA ARAUJO, Heraclídes Cesar de. “Plano Geral da Campanha contra a lepra no Brasil”. *Revista Médico Cirúrgica do Brasil*, 1933:16 (11) 337-341.

SOUZA-ARAÚJO, Heraclídes Cesar de. *História da Lepra no Brasil. Período Republicano (1890-1952)*. Volume III, Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1956.

SOUZA-ARAÚJO, Heraclídes Cesar de. “30 anos de atividades do Laboratório de Leprologia do Instituto Oswaldo Cruz.” *Revista Brasileira de Medicina*, 1957: XIV (11) 789-794.

TIBIRIÇÁ, Alice de Toledo Ribas. *Como eu vejo o problema da lepra e como me vêem os que o querem manter*. São Paulo: Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, 1934

VALVERDE, Belmiro. “Estado atual da lepra no Brasil”. *Arquivos Brasileiros de Medicina*, 1921:11 (9) 702-729.

Arquivo Gustavo Capanema – CPDOC/FGV

“Ao ser inaugurado o leprosário de Itanhenga, no Espírito Santo, a 11 de abril de 1937, o Dr. Ministro Gustavo Capanema pronunciou um discurso em que analisa as iniciativas do governo federal em face da lepra.” GC h 1935.09.02. *Arquivo Gustavo Capanema*. CPDOC/FGV.

“Breve Notícia Histórica. Relatório do Departamento de Profilaxia da Lepra do Estado de São Paulo – Correspondente ao ano de 1935 – Seção de Doentes”. GC h 1935.09.02. *Arquivo Gustavo Capanema*. CPDOC/FGV.

“Comissão de Saúde – Seção de 11 de março de 1937”. GC h 1935.09.02. *Arquivo Gustavo Capanema*. CPDOC/FGV.

“Discurso de Gustavo Capanema por ocasião da inauguração do leprosário de Itanhenga, no Espírito Santo, a 11 de abril de 1937”. GC h 1935.09.02. *Arquivo Gustavo Capanema*. CPDOC/FGV.

“Estudo enviado a Gustavo Capanema contendo dados sobre as atividades dos órgãos de direção de saúde pública no Brasil de 1521 a 1935”. GC pi Parreiras, D. 1936.09.06. *Arquivo Gustavo Capanema*. CPDOC/FGV.

“Homenagem ao Ministro Gustavo Capanema”. GC j 1946.01.19. *Arquivo Gustavo Capanema*. CPDOC/FGV.

“Notas sobre Lepra – Contribuição da União para o combate à lepra”. GC h 1935.09.02. *Arquivo Gustavo Capanema*. CPDOC/FGV.

GC h 1935.09.02. *Arquivo Gustavo Capanema*.CPDOC/FGV.

Eunice Weaver. *“Homenagem ao Ministro Gustavo Capanema”*. GC j 1946.01.19. *Arquivo Gustavo Capanema*. CPDOC/FGV

Arquivo Histórico – Faculdade de Medicina UFRJ (não organizado)

Pasta Eduardo Rabello, referência 52-7-27a – Faculdade de Medicina – UFRJ.

“Regimento Interno do Curso de Higiene e saúde Pública da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro”. Pasta Curso de Higiene e Saúde Pública – não organizada. Faculdade de Medicina – UFRJ.

Arquivos da Liga das Nações

Correspondência de Rajchman para Madsen, datada de 22 de junho de 1923, Registro n. 8F/18921/321; Arquivos da Liga das Nações, Genebra

Correspondência de Madsen para Rajchman, datada de 28 de junho de 1923, Registro n. 123/26213X/11346; Arquivos da Liga das Nações, Genebra.

Departamento de Comunicações e Documentação (DCD)/Centro de Documentação (CDO)/Seção do Arquivo Histórico: Palácio Itamaraty

- “Correspondência de Calos Chagas para o Ministro das Relações Exteriores do Brasil, de 02 de setembro de 1932”. *Palácio Itamaraty – Departamento de Comunicações e Documentação (DCD)/Centro de Documentação (CDO)/Seção do Arquivo Histórico* – referência: 107/3/1.
- “Correspondência manuscrita de José Carlos de Macedo Soares, Secretário Geral do MRE, encaminhada à Ludwik Rajchman em 24 de junho de 1935”. *Palácio Itamaraty – Departamento de Comunicações e Documentação (DCD)/Centro de Documentação (CDO)/Seção do Arquivo Histórico* – referência: 78/3/06
- “Correspondência do Diretor Médico Frank Boudreau para Cavalcanti de Lacerda, Ministro das Relações Exteriores do Brasil.” *Palácio Itamaraty – Departamento de Comunicações e Documentação (DCD)/Centro de Documentação (CDO)/Seção do Arquivo Histórico* – referência: 78/3/02.
- “Correspondência de Cavalcanti de Lacerda, Ministro das Relações Exteriores do Brasil para Joseph Avenol, Secretário Geral da Liga das Nações.” *Palácio Itamaraty – Departamento de Comunicações e Documentação (DCD)/Centro de Documentação (CDO)/Seção do Arquivo Histórico* – referência: 78/3/06.
- “Correspondência de J. F de Barros Pimentel ao Ministro de Estado interino das Relações Exteriores, Sr. Cyro de Freitas Valle. Berna, 12 de fevereiro de 1939.” *Palácio Itamaraty – Departamento de Comunicações e Documentação (DCD)/Centro de Documentação (CDO)/Seção do Arquivo Histórico* – referência: 5/1/10 – Berna.
- “Correspondência de Sean Lester, Secretário Geral da Liga das Nações, ao Ministro das Relações Exteriores do Brasil, em 15 de novembro de 1938”, *Palácio Itamaraty – Departamento de Comunicações e Documentação (DCD)/Centro de Documentação (CDO)/Seção do Arquivo Histórico* – referência: 78/3/05.
- “Correspondência de Sean Lester, ao Encarregado dos Negócios dos Estados Unidos do Brasil em Berna, A. dos Guimarães Bastos. Genebra, 07 de fevereiro de 1939.” *Palácio Itamaraty – Departamento de Comunicações e Documentação*

(DCD)/Centro de Documentação (CDO)/Seção do Arquivo Histórico – referência: 5/1/10 – Berna.

“Ofício n. 119, de Eduardo Rabello, diretor do CIL, ao Ministro das Relações Exteriores, Dr. Oswaldo Aranha. 12 de junho de 1939.” *Palácio Itamaraty – Departamento de Comunicações e Documentação (DCD)/Centro de Documentação (CDO)/Seção do Arquivo Histórico* – referência: 111/4/8 – Associações Científicas.

Fundo Belisário Penna – COC/Fiocruz

Carta de Belisário Penna a Getúlio Vargas, de 02 de julho de 1931. *Fundo Belisário Penna*, BP/TP/19141140 – Pasta 21. COC/Fiocruz.

PENNA, Belisário. ‘36 anos de lepra’. *Eu sei tudo*: v. 10, n.1, p. 21-23, junho de 1926. *Fundo Pessoal Belisário Penna*, Série Trajetória Profissional, BP/TP/19141140. DAD/COC/Fiocruz). Jun. 1926.

Fundo Carlos Chagas –COC/Fiocruz

“A instalação do Centro Internacional de Leprologia no Brasil. Fala à NOITE, sobre a missão desse instituto científico, o professor Carlos Chagas.” [Álbum de Recortes de Jornal] *Fundo Carlos Chagas*. BR. RJCOC CC.01.004. DAD/COC/Fiocruz.

[Às quatorze horas do dia 10 de janeiro...] *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOC CC.06.098. DAD/COC/Fiocruz.

[Cartas] *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOC CC.01.030. DAD/COC/Fiocruz.

[Cartões] *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOC CC.01.023. DAD/COC/Fiocruz.

“Centro Internacional de Leprologia. Sua inauguração ontem no Itamaraty – os discursos proferidos pelos Srs. Guilherme Guinle, Professor Burnet e Carlos Chagas”. [Álbum de Recortes de Jornal] *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOC CC.01.004. DAD/COC/Fiocruz.

“Centro Internacional para o Estudo da Lepra – Criação”. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.101. DAD/COC/Fiocruz.

“Centro Internacional de Leprologia. Regulamento interno e administrativo. 8 de abril de 1932.” *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.099. DAD/COC/Fiocruz.

“Centro Internacional de Leprologia. Rio 31/03/1934. Programa de Atividade”. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.053 DAD/COC/Fiocruz.

“Centro Internacional de Leprologia. Relação dos funcionários Técnicos e administrativos. 14 de maio de 1934”. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.096 DAD/COC/Fiocruz.

“Centro Internacional de Leprologia. Orçamento para o exercício de abril de 1934 a março de 1935.” *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.052. DAD/COC/Fiocruz.

[Correspondência de 05 de agosto de 1922, recebida por Carlos Chagas]. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.079. DAD/COC/Fiocruz.

[Correspondência do Secretário Geral da Liga em função, Joseph Avenol, para o Ministro das Relações Exteriores do Brasil, datada de 21 de dezembro de 1927]. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.094. DAD/COC/Fiocruz.

“Correspondência do Ministro da Justiça e Negócios Interiores, Augusto Vianna do Castelo enviado à Carlos Chagas, em 24 de setembro de 1930”. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.03.053. DAD/COC/Fiocruz.

“Correspondência de Rajchman para Chagas. Paris, 17 de outubro de 1930”. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.094. DAD/COC/Fiocruz.

“Correspondência de Frank Boudreau para Carlos Chagas. Genebra, 16 de fevereiro de 1931.” *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.094. DAD/COC/Fiocruz.

“Correspondência do Ministro das Relações Exteriores do Brasil ao Presidente do Conselho da Liga das Nações, datada de 15 de abril de 1931”. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.099 DAD/COC/Fiocruz.

“Correspondência do Ministro das Relações Exteriores do Brasil, Cavalcanti de Lacerda, ao Ministro da Educação e Saúde Pública, Washington Pires.” *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.051. DAD/COC/Fiocruz.

“Correspondência de Eric Drummond para Afrânio de Mello Franco, Genebra, 30 de maio de 1931”. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.094. DAD/COC/Fiocruz.

“Correspondência de Rajchman para Carlos Chagas. Genebra, 08 de junho de 1931”. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.094. DAD/COC/Fiocruz.

“Correspondência de Ludwik Rajchman, de 13 de maio de 1932”. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.094. DAD/COC/Fiocruz.

“Correspondência de L. Rajchman para Professor Balina”, de 27 de junho de 1932. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.094 DAD/COC/Fiocruz.

“Correspondência de L. Rajchman para Eduardo Rabello” de 27 de junho de 1932. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.094 DAD/COC/Fiocruz.

“Correspondência de Ludwik Rajchman para Guilherme Guinle, em 27 de junho de 1932.” *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.094. DAD/COC/Fiocruz.

“Correspondência de L. Rajchman para Belisário Penna”, de 28 de junho de 1932. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.094. DAD/COC/Fiocruz.

“Correspondência de L. Rajchman para Carlos Chagas”, de 28 de junho de 1932. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.094. DAD/COC/Fiocruz.

“Correspondência do Diretor Médico Frank Boudreau para Carlos Chagas.” *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.051. DAD/COC/Fiocruz.

[Designações] *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.048. DAD/COC/Fiocruz.

“Extrato da Minuta da reunião da 64ª. Sessão do Conselho, realizada em 1º de setembro de 1931”. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.099. DAD/COC/Fiocruz.

“Extrato do Processo Verbal da 22ª Sessão do Comitê de Higiene. 07 de outubro de 1935”. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.01.030. DAD/COC/Fiocruz.

[Não tendo podido comparecer à reunião da comissão da lepra, no Japão...] Documento escrito por Carlos Chagas, sem data, p. 5. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.085. DAD/COC/Fiocruz.

“Nota”. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.099. DAD/COC/Fiocruz.

“Oferta do Governo brasileiro em relação ao estabelecimento de um Centro internacional para o estudo da lepra. Extrato da Minuta da reunião da 64ª. Sessão do Conselho, realizada em 1º de setembro de 1931.”. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.099. DAD/COC/Fiocruz.

“Rapport préliminaire sur l’importance internationale du problème sur la lèpre”. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.081. DAD/COC/Fiocruz.

“Regulamento Financeiro do Centro Internacional de Leprologia. 14 de abril de 1932.” *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.099. DAD/COC/Fiocruz.

“Regulamento interior e administrativo e estatuto do pessoal do Centro Internacional de Estudos sobre a Lepra. 27 de outubro de 1933”. *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.06.096. DAD/COC/Fiocruz.

“Relatório de frequência dos funcionários da 1ª Seção do CIL, de 31 de maio de 1934”, assinado por Souza-Araújo também já consta o nome “Centro Internacional de Leprologia” no papel timbrado. *Fundo Carlos Chagas*. BR COCC.06.050. DAD/COC/Fiocruz.

[Telegramas] *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.01.026. DAD/COC/Fiocruz.

“Um problema universal – A próxima instalação, nesta capital, do Centro Internacional de Leprologia.” [Álbum de Recortes de Jornal] *Fundo Carlos Chagas*. BR RJCOCC.01.004. DAD/COC/Fiocruz.

Fundo Pessoal de Heraclides César de Souza Araújo – COC/Fiocruz

“Campanhas de Solidariedade”. *Fundo Pessoal de Heraclides César de Souza Araújo*. SA/PI/TP/19480506 – Pasta 04. COC/Fiocruz.

Fundo Instituto Oswaldo Cruz – COC/Fiocruz

Correspondência de Arturo Robledo (de Bogotá, Colombia) recebida por Souza Araújo, com data de 23 de junho de 1939. Fundo Instituto Oswaldo Cruz, Seção Departamento de Medicina Tropical, Subseção Laboratório de Hanseníase, Caixa 46, maço 1. DAD/COC/Fiocruz.

“Documento do Secretário do Comitê de Direção transmitindo ao Presidente do Conselho de Administração: 1) O relatório do Diretor do CIL, aprovado pelo Comitê de Direção em sua reunião em 05 de setembro de 1935; 2) As resoluções e recomendações adotadas na reunião”. *Fundo Instituto Oswaldo Cruz, Seção Departamento de Medicina Tropical, Subseção Laboratório de Hanseníase, Caixa 49, maço 3. DAD/COC/Fiocruz.*

Fundo Instituto Oswaldo Cruz – Seção Departamento de Ensino e Cursos, Caixa 6, maço 8. DAD/COC/Fiocruz.

“League of Nations. C.H./Leprosy 13. Genebra, 3 de outubro de 1935. International Centre for Research on Leprosy. Third session of the Governing Body (October 1935)”, p.2. *Fundo Instituto Oswaldo Cruz, Seção Departamento de Medicina Tropical, Subseção Laboratório de Hanseníase, Caixa 49, maço 3. Em 03 de outubro de 1935. DAD/COC/Fiocruz.*

Liga das Nações. C.H./Leprosy 14. Genebra, 07 de outubro de 1935. *Fundo Instituto Oswaldo Cruz, Seção Departamento de Medicina Tropical, Subseção Laboratório de Hanseníase, Caixa 49, maço 4. DAD/COC/Fiocruz.*

“Relatório de 10 de abril a 10 de setembro de 1935, pelo Professor Eduardo Rabello, Diretor do CIL. Rio de Janeiro, 12 de setembro de 1935”, p. 1. *Fundo Instituto Oswaldo Cruz, Seção Departamento de Medicina Tropical, Subseção Laboratório de Hanseníase, Caixa 49, Maço 3. DAD/COC/Fiocruz.*

Relatório Administrativo, técnico e financeiro do Diretor do Centro, aprovado pelo Comitê de Direção em sua reunião de 05 de setembro de 1935. *Fundo Instituto Oswaldo Cruz, Seção Departamento de Medicina Tropical, Subseção Laboratório de Hanseníase, Caixa 49, maço 3. DAD/COC/Fiocruz.*

Fundo Liga das Nações – COC/Fiocruz (não organizado)

“Estatística Epidemiológica para o ano de 1923”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 03. DAD/COC/Fiocruz.

“Minuta da 2ª Sessão do Comitê de Higiene. Paris, de 7 a 10 de maio de 1924.”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

“Minuta da 3ª Sessão do Comitê Provisório de Higiene. Paris, de 11 a 16 de maio de 1922.” *Fundo Liga das Nações*, Caixa 02. DAD/COC/Fiocruz.

“Minuta da 5ª. Sessão do Comitê de Higiene. Genebra, de 8 a 14 de outubro de 1925”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 05. DAD/COC/Fiocruz.

“Minuta da 6ª Sessão do Comitê de Higiene. Paris, de 26 de maio a 6 de junho de 1923”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 23. DAD/COC/Fiocruz.

“Minuta da 11ª Sessão do Comitê de Higiene, realizado em Genebra, de 28 de outubro a 3 de novembro de 1927”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 01. COC/ Fiocruz.

“Minuta da 12ª sessão do Comitê de Higiene. Genebra, de 30 de abril a 05 de maio de 1928”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 23. DAD/COC/Fiocruz.

Minuta da 14ª sessão do Comitê de Higiene. Genebra, de 2 a 8 de maio de 1929.” *Fundo Liga das Nações*, Caixa 29. DAD/COC/Fiocruz.

“Minuta da 16ª Sessão do Comitê de Higiene. Genebra, 29 de setembro a 07 de outubro de 1930” *Fundo Liga das Nações*, Caixa 01. DAD/COC/Fiocruz.

“Minuta da 17ª. sessão do Comitê de Higiene. Genebra, de 4 a 8 de maio de 1931”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz

“Organização da Saúde da Liga das Nações. Nova edição corrigida – 1927”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 15. DAD/COC/Fiocruz.

“Processo verbal da 14ª. Sessão. Genebra, de 2 a 8 de maio de 1929.”, p.10. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 29. DAD/COC/Fiocruz.

“Relatório do Comitê Provisório de Higiene”. *Fundo Liga das Nações*. Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

- “Relatório Anual da Organização da Saúde para o ano de 1925”, *Fundo Liga das Nações*, Caixa 01. DAD/COC/Fiocruz.
- “Relatório Anual da Organização da Saúde para o ano de 1926”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 16. DAD/COC/Fiocruz.
- “Relatório Anual da Organização da Saúde para o ano de 1927”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 04. DAD/COC/Fiocruz.
- “Relatório Anual da Organização da Saúde para o ano de 1928”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 01. DAD/COC/Fiocruz.
- “Relatório Anual da Organização da Saúde para o ano de 1929.” *Fundo Liga das Nações*, Caixa 01. DAD/COC/Fiocruz.
- “Relatório Anual da Organização da Saúde para o ano de 1930”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 11. DAD/COC/Fiocruz
- “Relatório sobre os trabalhos da 11ª Sessão do Comitê de Higiene. Genebra, 28 de outubro a 3 de novembro de 1927.” *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.
- “Relatório ao Conselho sobre os trabalhos da 13ª sessão do Comitê de Higiene. Genebra, de 25 a 31 de outubro de 1928”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.
- “Relatório ao Conselho sobre os trabalhos da 20ª. Sessão do Comitê de Higiene, realizada de 27 de outubro a 1º de novembro de 1933.” *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.
- “Relatório ao Conselho sobre os trabalhos da 21ª. Sessão do Comitê de Higiene”, realizada de 11 a 16 de maio de 1934, pp. 19-20. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.
- “Relatório ao Conselho sobre os trabalhos da 22ª Sessão do Comitê de Higiene. Genebra 7-14 de outubro de 1935. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.
- “Relatório do Comitê de Higiene sobre os trabalhos da 24ª. Sessão do Comitê de Higiene, realizada de 5 a 9 de fevereiro de 1937.” *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

“Relatório ao Conselho sobre os trabalhos da 26ª. Sessão do Comitê de Higiene, realizada de 1º a 4 de novembro de 1937”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

“Relatório ao Conselho sobre os trabalhos da 29ª. Sessão do Comitê de Higiene, realizada de 12 a 15 de outubro 1938.” *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

“Relatório ao Conselho sobre os trabalhos da 30ª. Sessão do Comitê de Higiene, realizada de 4 a 6 de maio de 1939.” *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

“Relatório ao Conselho sobre os trabalhos da 31ª. Sessão do Comitê de Higiene, realizada de 20 a 24 de novembro de 1939”, p. 5. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

“Resoluções da 16ª Sessão do Comitê de Higiene. Genebra, 29 de setembro a 07 de outubro de 1930”. *Fundo Liga das Nações*, Caixa 25. DAD/COC/Fiocruz.

BIBLIOGRAFIA

Bibliografia:

- ANDRADE, Marcio Magalhães e CUNHA, Vívian da Silva. “Ações e contradições: Japão e Brasil na internacionalização do combate à lepra.” In: *Cerejeiras e Cafezais: relações médico-científicas entre Brasil e Japão e a saga de Hideyo Noguchi*. Jaime Benchimol, Magali Romero Sá e Kaori Kodama (orgs). Rio de Janeiro: Bom Texto Editora, 2009, pp. 115-145.
- ARMUS, Diego. “Cultura, historia y enfermedad. A modo de introducción”. In: ARMUS, Diego. (ed.). *Entre médicos y curanderos. Cultura, historia e enfermedad en la America Latina Moderna*. Buenos Aires: Grupo Editorial Norma, 2002, pp. 11-25.
- ARMUS, Diego. “Disease in the Historiography of Modern Latin America”. In: ARMUS, Diego. (org.). *Disease in the Modern Latin America: from malaria to aids*. EUA: Duke University Press, 2003, pp. 1-24.
- BALIŃSKA, Marta A. *For the Good of Humanity. Ludwik Rajchman. Medical Stateman*. Budapest: Central European University Press, 1998
- BARACUHY, Braz. “A Crise da Liga das Nações de 1926: Realismo Neoclássico, Multilateralismo e a Natureza da Política Externa Brasileira”. *Contexto Internacional*, 2006:28 (2) 355-397
- BASALLA, George. “The Spread of Western Science”. *Science* 1967:156 (may) 611-622.
- BENCHIMOL, Jaime Larry. *Perreira Passos: um haussmann tropical*. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Cultura, Turismo e Esporte – Divisão de editoração – 1990.
- BENCHIMOL, Jaime Larry. *Manguinhos do sonho à vida: a ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 1990.
- BENCHIMOL, Jaime Larry (coordenador). *Manguinhos do sonho à vida – A ciência na Belle Époque*. Rio de Janeiro: COC, 1990.

- BENCHIMOL, Jaime L. e ROMERO SÁ, Magali. “Adolpho Lutz and controversies over transmission of leprosy by mosquitoes. *História, Ciência e Saúde: Manguinhos*. 2003:10 (supplement 1) 49-93.
- BIRN, Anne-Emanuelle. “O nexos nacional-internacional na saúde pública: o Uruguai e a circulação das políticas e ideologias de saúde infantil, 1890-1940”. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, 2006:13 (3) 675-708.
- BOROWY, Iris. *Coming to Terms with World Health. The League of Nations Health Organisation 1921-1946*. Frankfurt: Peter Lang, 2009.
- BROWN, Theodore M.; CUETO, Marcos e FEE, Elizabeth. “The World Health Organization and the Transition from ‘International’ to ‘Global’ Public Health”, *American Journal of Public Health*, 2006:96 (1) 62-72.
- CARNEIRO, Glaucio. *História da Dermatologia no Brasil*. Rio de Janeiro: SBD, 2002.
- CARRARA, Sérgio, *Tributo à Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.
- CASTRO SANTOS, Luiz Antônio de. “O pensamento sanitarista na primeira República: uma ideologia de construção da nacionalidade”. In: *DADOS*. Rio de Janeiro, 1985:28 (2) 193-210.
- CASTRO-SANTOS, Luiz Antonio, FARIA, Lina e MENEZES, Ricardo Fernandes de. “Contrapontos da História da hanseníase no Brasil: cenários de estigma e confinamento”. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*. 2008:25 (1) 167-190.
- CHAGAS FILHO, Carlos. *Meu pai*. Rio de Janeiro: COC/Fiocruz, 1993.
- CHALHOUB, Sidney. *Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- CLARO, Lenita B. Lorena. *Hanseníase: representações sobre a doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- CUNHA, Ana Zoé Schilling da. *Hanseníase: a história de um problema da saúde pública*. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2000.

- CUNHA, Vívian da Silva. “Isolados ‘como nós’ ou isolados ‘entre nós’?: A polêmica na Academia Nacional de Medicina sobre o isolamento compulsório dos doentes de lepra.” *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, 2010:17 (4) 939-954.
- DUBIN, Martin David. "The League of Nations Health Organisation", in: Weindling, Paul. *International Health Organisations and Movements, 1918-1939*. Cambridge, Cambridge University Press, 1995, pp. 56-80.
- DUMAS, Fernando Sergio; SOUZA, Letícia Pumar Alves de; e SIANI, Antonio Carlos. “O óleo de chaulmoogra como conhecimento científico: a construção de uma terapêutica antileprotica”. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*. 2008:15 (1) 29-47.
- FAUSTO, Boris. *A Revolução de 1930*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1995.
- FONSECA, Cristina M. Oliveira. *Saúde no Governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.
- FRANCO, Afonso Arinos de Melo. *Um estadista da república (Afrânio de Melo Franco)*. Volume III – fase internacional. Rio de Janeiro: Editora José Olympio, 1955.
- GARCIA, Eugênio Vargas. *O Brasil e a Liga das Nações (1919-1926): vencer ou não perder*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2005.
- HERZ, Mônica e HOFFMANN, Andrea Ribeiro, *Organizações Internacionais - História e Práticas*. Rio de Janeiro, Editora Campus, 2004.
- HILL, Christopher. *The Changing Politics of Foreign Policy*. . Hampshire, New York, Palgrave Macmillan, 2003. *Apud* CARVALHO, Maria Izabel de. “Resenha”. *Contexto Internacional*. Rio de Janeiro, 2004:26 (2) 431-443. <http://www.scielo.br/pdf/cint/v26n2/v26n2a06.pdf> Acesso em 07 de dezembro de 2010.
- HOCHMAN, Gilberto. *A era do saneamento. As bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec/ANPOCS, 1998.
- HOCHMAN, Gilberto. “A saúde pública em tempos de Capanema: continuidades e inovações”. In: BOMENY, H. (Org) *Constelação Capanema: intelectuais e políticas*. Rio de Janeiro: FGV/Universidade São Francisco, 2001, pp. 127-151.

- HOCHMAN, Gilberto e ARMUS, Diego. “Cuidar, controlar, curar em perspectiva histórica: uma introdução”. In: HOCHMAN, Gilberto e ARMUS, Diego. (orgs.). *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004, pp. 11-27.
- HOCHMAN, Gilberto e FONSECA, Cristina. “A I Conferência Nacional de Saúde: reformas, políticas e saúde pública em debate no Estado Novo” In: GOMES, Angela de Castro (org). *Capanema: o ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: FGV, 2000, pp. 173-193.
- KIKUCHI, Ichiro. Hansen’s disease in Japan: a brief history. *International Journal of Dermatology*, 1997:336 (8) 629-633.
- KROPF, Simone Petraglia. *Doença de Chagas, doença do Brasil: ciência, saúde e nação, 1909-1962*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.
- KROPF, Simone; HOCHMAN, Gilberto. Carlos Chagas (entry). In: W. F. Bynum; Helen Bynum. (Org.). *Dictionary of Medical Biography*. 1 ed. Westport, CT: Greenwood Press, 2007, v. 1, p. 320-325.
- LEANDRO, José Augusto. A hanseníase no Maranhão na década de 1930: rumo à Colônia do Bonfim. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*. 2009:16 (2) 433-447.
- LIEBAN, R. W. *From illness to symbol and symbol to illness. Social Science & Medicine*, 1992:35 (2) 183-188.
- LIMA, Nísia Trindade. *Um sertão chamado Brasil. Intelectuais e representação geográfica da identidade nacional*. Rio de Janeiro: IUPERJ/Editora Revan, 1999.
- LIMA, Nísia T. e HOCHMAN, Gilberto. “Condenado pela Raça, Absolvido pela Medicina: O Brasil descoberto pelo Movimento Sanitarista da Primeira República”. In: MAIO, Marcos Chor e VENTURA-SANTOS, Ricardo (eds.). *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: FCBB-Editora Fiocruz, 1996, pp. 23-40.
- LIMA, Nísia Trindade. “O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões”. In: FINKELMAN, Jacobo (org.). *Caminhos da*

- saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/OPAS/OMS, 2002, pp. 25-106.
- LOCKWOOD, Dianna N. J. “Leprosy elimination: a virtual phenomenon or a reality?” *British Medical Journal* 2002; 324:1516-8. Disponível em: (<http://www.bmj.com/cgi/content/short/324/7352/1516>) Acesso em: 29 jul. 2010.
- MACHADO, Kátia. “Meta é erradicar a doença até 2005. Vai ser possível?” *Radis*, 2004:27 (Nov) 8-11.
- MIRANDA, Maria Augusta Tibiriçá. *Alice Tibiriçá: lutas e ideais*. Rio de Janeiro: PLG-Comunicação, 1980
- MONTEIRO, Yara Nogueira, “Prophylaxis and exclusion compulsory isolation of Hansen’s disease patients in São Paulo.” In: *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 2003:10 (supplement 1) 95-121.
- OBREGÓN TORRES, Diana. *Batallas contra la lepra: estado, medicina y ciencia en Colombia*. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT, 2002.
- OBREGON, Diana. “The anti-leprosy campaign in Colombia: the rhetoric of hygiene and science, 1920-1940”. *História, Ciência, Saúde - Manguinhos* 2003:10 (supplement 1) 179-207.
- OLIVEIRA, Lúcia Lippi. *Elite intelectual e debate político nos anos 30*. Rio de Janeiro: FGV, INL-MEC, 1980.
- OLIVEIRA, Lucia Lippi, VELLOSO, Mônica P. e GOMES, Ângela M. Castro. *Estado Novo: ideologia e poder*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.
- PANDOLFI, Dulce (org.). *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.
- PINHEIRO, Letícia de Abreu. *Política externa brasileira, 1889-2002*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004
- QUEIROZ, Marcos de Souza e PUNTEL, Maria Angélica. *A endemia hansênica: uma perspectiva multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.
- RODRIGUES, Bichat de Almeida e ALVES, Amaro Luiz. *Evolução Institucional da Saúde Pública*. Brasília: Ministério da Saúde, 1977.

- ROSEN, George. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: HUCITEC, 1994.
- ROSENBERG, Charles E. *Explaining epidemics and other studies in the History of Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992.
- ROSENBERG, Charles E. “Framing disease: Illness, society and history”. In ROSENBERG, Charles E. *Explaining epidemics and the other studies in the History of Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992, pp. 305-318.
- ROSENBERG, Charles E. “What is an epidemic? AIDS in historical perspective”. In ROSENBERG, Charles E. *Explaining epidemics and other studies in the History of Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1992, pp. 272-292.
- SANGLARD, Gisele Porto. *Entre os salões e o laboratório: Guilherme Guinle, a saúde e a ciência no Rio de Janeiro, 1920-1940*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- SANGLARD, Gisele Porto e COSTA, Renato da Gama-Rosa. “Direções e traçados da assistência hospitalar no Rio de Janeiro (1923-1931)” *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* [online], 2004:11 (1) 107-141. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702004000100007&lng=en&nrm=iso Acesso em: 05 mai. 2010.
- SANTOS, Norma Breda dos. “Diplomacia e fiasco. Repensando a participação brasileira na Liga das Nações: elementos para uma nova interpretação”. *Revista Brasileira de Política Internacional*, 2003:46 (1) 87-112
- SEVCENKO, Nicolau. *A Revolta da Vacina: mentes insanas em corpos rebeldes*. Coleção Tudo é História 89. São Paulo: Brasiliense, 1984.
- SILVA, Alexandra de Mello e. “Idéias e política externa: a atuação brasileira na Liga das Nações e na ONU.” *Revista Brasileira de Política Internacional*, 1998:41 (2) 139-158.
- SONTAG, Susan. *A Doença como Metáfora*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- SOUZA, Christiane Maria Cruz de. “A epidemia de gripe espanhola: um desafio à medicina baiana”. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, 2008:15 (4) 945-972.
- STEPAN, Nancy. *Gênese e evolução da ciência brasileira: Oswaldo Cruz e a política de investigação científica e médica*. Rio de Janeiro: Editora Artenova, 1976.

- TALHARI, Sinésio e NEVES, René Garrido. *Hanseníase*. Manaus, Gráfica Tropical, 1997.
- TEIXEIRA, Luiz Antonio. *A rebelião popular contra a Vacina Obrigatória*. Série Estudos em Saúde Coletiva 103. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, 1994
- TORRES, Diana Obregón. *Batallas contra la lepra: estado, medicina y ciencia en Colombia*. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT, 2002.
- TRONCA, Ítalo, A. *As máscaras do medo: lepra e aids*. Campinas, São Paulo: Editora da Unicamp, 2000.
- WAHRLICH, Beatriz Marques de Souza. *Reforma administrativa na era de Vargas*. Rio de Janeiro: FGV, 1983.
- WEINDLING, Paul. "Social Medicine at the League of Nations Health Organization and the International Labour Office compared", In: WEINDLING, Paul. (ed). *International Health Organisations and Movements, 1918-1939*. Cambridge, Cambridge University Press, 1995, pp. 134-153.
- WEINDLING, Paul. "As origens da participação da América Latina na Organização de Saúde da Liga das Nações, 1920-1940". *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, 2006:13 (3) 555-570.

Dissertações e Teses:

- ANDRADE, Márcio Magalhães de. *O Princípio do Mal: a ameaça leprosa no Rio de Janeiro colonial*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- COSTA, Dilma Fátima Avellar Cabral da. *Entre idéias e ações: lepra, medicina e políticas públicas de saúde no Brasil (1894-1934)*. Tese de Doutorado em História. Niterói: UFF, 2007.
- CUNHA, Vívian da Silva. *O isolamento compulsório em questão. Políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1940)*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

- CURI, Luciano Marcos. “*Defender os sãos e consolar os lázaros*”. *Lepra e isolamento no Brasil. 1935/1976*. Dissertação de Mestrado. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 2002
- GOMIDE, Leila Regina Scalia. “*Órfãos de pais vivos*”. *A lepra e as instituições preventórias no Brasil: estigmas, preconceito e segregação*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1991.
- GOULART, Adriana da Costa. “Um cenário mefistofélico: a gripe espanhola no Rio de Janeiro”. Dissertação de Mestrado. Niterói: UFF, 2003.
- LIMA, Zilda Maria Menezes. “*O Grande Polvo de Mil Tentáculos*”: *a lepra em Fortaleza (1920-1942)*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, UFRJ, 2007.
- MACIEL, Laurinda Rosa. ‘*Em proveito dos sãos perde o lázaro a liberdade*’ – *Uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil (1941-1962)*. Tese de doutorado. Niterói: UFF, 2007.
- MONTEIRO, Yara Nogueira. *Da maldição divina à exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo*. Tese de Doutorado em História Social. São Paulo: FFLCH da Universidade de São Paulo, 1995.
- NASCIMENTO, Heleno Braz do. *A lepra em Mato Grosso: caminhos da segregação social e do isolamento hospitalar (1924-1941)*. Dissertação de Mestrado. Cuiabá: UFMT, 2001.
- SANGLARD, Gisele Porto. *Entre os salões e o laboratório: filantropia, mecenato e práticas científicas – Rio de Janeiro (1920-1940)*. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: COC/Fiocruz, 2005.
- SERRES, Juliane Conceição Primon. *Memórias do Isolamento: Trajetórias marcadas pela experiência de vida no Hospital Colônia Itapuã*. Tese de Doutorado. São Leopoldo: Unisinos, 2009.
- SOUZA, Letícia Pumar Alves de. *Sentidos de um país tropical: a lepra e a Chaulmoogra brasileira*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

Sítios eletrônicos/ Obras de referência:

Novo Dicionário Eletrônico Aurélio versão 5.0.

Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa, versão 1.0.

Dicionário *Histórico-Biográfico das Ciências da Saúde no Brasil (1832-1930)*. Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz. Disponível em: <http://www.dichistoriasaude.coc.fiocruz.br> Acesso em: 04 mai. 2010.

[Organização Internacional de Trabalho] Disponível em: <http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/history/lang--en/index.htm> Acesso em: 21 fev. 2011.

[Organização Mundial da Saúde – Informações sobre Hanseníase.] Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/en/index.html> Acesso em: 15 jan. 2011.

[Sociedade Brasileira de Radiologia e Eletrologia] Disponível em: <http://www.sbrad.org.br/historia/historia.asp> Acesso em: 29 out. 2010.

Leis e Regulamentos:

BRASIL, Coleção de Leis, 1904, vol. 1, p. 205. Decreto 5.156, de 08 de março de 1904. Título III, capítulo VIII, art. 145.

BRASIL, Coleção de Leis, 1920, vol. 1, p. 1. Decreto nº. 3.987, de 02 de janeiro de 1920.

BRASIL, Coleção de Leis, 1923, vol. 3, p. 581. Decreto nº. 16.300, de 31 de dezembro de 1923, art. 581 e 582.

BRASIL, CL, 1923, vol. 3, p. 581. Decreto nº. 16.300, de 31 de dezembro de 1923, art.143, § 4º, art. 148, alínea g, art. 168, parágrafo único e art. 175.

BRASIL, Coleção de Leis, 1930, vol. 2, p. 11. Decreto nº. 19.398, de 11 de novembro de 1930.

BRASIL, Coleção de Leis, 1931, vol. 1, p. 3. Decreto nº. 19.560, de 05 de janeiro de 1931.

BRASIL, Coleção de Leis, 1933, vol. 4, p. 688. Decreto nº. 23.658, de 28 de dezembro de 1933

Decreto 24.385, de 12 de junho de 1934. Disponível em:
<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=26853>.

Acesso em: 05 fev. 2010.

BRASIL. Coleção de Leis, 1934, vol. 4, p. 1401. Decreto nº. 24.814, de 14 de julho de 1934.

BRASIL, Coleção de Leis, 1934, vol. 3, pp. 647-649. Decreto nº. 24.438, de 21 de junho de 1934.

BRASIL. Coleção de Leis, 1934, vol. 4, p. 1401. Decreto nº. 24.814, de 14 de julho de 1934, art. 16.

BRASIL, Diário Oficial da União, 15 de janeiro de 1937, p. 1210. Lei nº. 378, de 13 de janeiro de 1937.

BRASIL, Diário Oficial da União, 29 de julho de 1953, Lei nº. 1.920, de 25 de julho de 1953.

BRASIL, Diário Oficial da União, 09 de maio de 1962, p. 51134. Decreto nº. 968, de 07 de maio de 1962.

Decreto nº. 13.000, de 01 de maio de 1918. Disponível em:
<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=50661>)

Acesso em: 10 mar.2010.

Decreto nº. 14.189, de 26 de maio de 1920. Disponível em:
<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=47956>).

Acesso em: 10 mar. 2010

Decreto nº. 14.354, de 15 de setembro de 1920. Disponível em:
<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=53975>).

Acesso em: 10 mar. 2010.

Decreto nº. 15.003, de 15 de setembro de 1921. Disponível em:
<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=45892>).

Acesso em: 10 mar. 2010.

Decreto nº. 16.782, de 13 de janeiro de 1925. Disponível em:
<http://www6.senado.gov.br/legislacao/DetalhaDocumento.action?id=45116&titulo=DEC%2016782-A%20de%2013/01/1925%20-%20-%20DECRETO>).

Acesso em: 05 fev. 2010.

Decreto n.º 19.042, de 14 de novembro de 1930. Disponível em:
<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=37285> Acesso em 16 mar. 2010.

Decreto n.º 19.444, de 01 de dezembro de 1930. Disponível em:
<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=37522> Acesso em 16 mar. 2010.