

**Fundação Oswaldo Cruz
Casa de Oswaldo Cruz
Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde**

VICENTE SAUL MOREIRA DOS SANTOS

**ENTIDADES FILANTRÓPICAS & POLÍTICAS PÚBLICAS
NO COMBATE À LEPROSA:
MINISTÉRIO GUSTAVO CAPANEMA (1934-1945)**

Rio de Janeiro
2006

VICENTE SAUL MOREIRA DOS SANTOS

**ENTIDADES FILANTRÓPICAS & POLÍTICAS PÚBLICAS
NO COMBATE À LEPROSA:
MINISTÉRIO GUSTAVO CAPANEMA (1934-1945)**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz/ Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

Orientador: Prof. Dr. JAIME LARRY BENCHIMOL

Rio de Janeiro
2006

VICENTE SAUL MOREIRA DOS SANTOS

**ENTIDADES FILANTRÓPICAS & POLÍTICAS PÚBLICAS
NO COMBATE À LEPROSA:
MINISTÉRIO GUSTAVO CAPANEMA (1934-1945)**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz/ Fiocruz, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre. Área de Concentração: História das Ciências.

Aprovada em junho de 2006.

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Dr. Jaime Larry Benchimol (orientador)
Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz

Prof^o. Dra. Maria Rachel Fróes da Fonseca
Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz

Prof^o. Dr. Renato Lemos
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2006

À história dos meus antepassados que me despertou ainda cedo, o interesse pela história e pela memória.

Para meu pai (in memoriam), minhas irmãs, Eduardo, Fabio e Inês, os demais membros da família que de uma forma ou de outra marcam nossa vida indelevelmente...

Para minha mãe, que sempre se mostrou presente mesmo à distância

Aos amigos que fazem a existência algo suportável mesmo quando temos a certeza que não é

Por fim, ao que poderia ter sido e no momento seguinte se esfumou, aos sentimentos que fazem desnortear nosso dia-a-dia, à quem nos provoca isso, e fundamentalmente ao tempo que transforma tudo em vaga lembrança, talvez matéria-prima da história, mas certamente nossa memória...

“O grande desejo de um coração inquieto é possuir interminavelmente o ser que ama e poder mergulhar esse ser; quando chega o tempo da ausência, num sono sem sonhos que só possa acabar no dia do reencontro”. (Camus)

AGRADECIMENTOS

Finalmente a dissertação chegou ao fim... Mas o leitor que venha a se interessar por esse tema, a descubra na biblioteca, jamais saberá a história desse trabalho e de outros que nos deparamos por aí... Pergunto-me, alguém se indaga sobre a trajetória que resultou no texto final? Não pretendo retomar os últimos 2 anos, mas é o único momento que podemos esboçar um pouco esses bastidores e agradecer quem dele participou (in) diretamente, considerando que o ofício do cientista social, do historiador é essencialmente solitário...

À minha mãe, amiga e companheira, que teve a sabedoria de se afastar para que eu pudesse solitariamente lutar contra os moinhos de vento que me deparei ao produzir tal trabalho. À Beth e Leninha que sempre foram próximas, aos seus filhos, Eduardo, Fábio e Inês que me proporcionaram o lúdico enquanto a vida apenas nos exige o seu reverso – Espero que para eles, o exemplo de estudar e fazer o que gosta, essencialmente, seja pelo menos um sinal do destino que os espera.

À Madrinha Guilhermina e ao meu pai pela presença que sempre trago em mim. Aos familiares espalhados pelo vasto mundo, devo agradecer a todos, mas cito especialmente Maria Herminia, aos primos e tios das terras lusas e do Sul de Minas, e ao Adolfo que entende de forma especial o que se fez aqui.

Aos amigos que rompe a eterna incomunicabilidade entre nós das chamadas ciências sociais e os demais – Algumas pessoas, aqui citadas sabem de forma especial o que foi os últimos anos e à eles agradeço imensamente o fardo e o prazer de conviver comigo, mesmo quando oscilo entre opostos...

Aos amigos de sempre, dos tempos colegiais aos da faculdade – guardo-os todos comigo, mas Adriene, Mônica, Hugo, Michele, Fábio, Fabrício e Vanderlei sempre aturaram minhas dúvidas, angústias e devaneios, ainda, contribuíram com conselhos e dicas para esse trabalho. Aos pesquisadores e professores que marcaram minha trajetória.

Do estágio, trabalho e de ‘medinas’... Lembro de Chris Jalles, Carol Weid, Monique, Luciene, Lucilia, Valéria (saúde de você), Francis, Alexandre, Andrés, Brunos... Luciana e Pierre têm lugar especial na minha história por muitos motivos, sempre queridos e especiais!! Nesse tempo de dissertação, novos amigos chegaram, Rafael, Rogério, Carlos, Robson, Marlos, Tiago, Marcelo, Douglas, Felipe, Marcello, Flávios, Henrique, Fábio, Higor, Célio, Débora... Todos são essenciais de alguma forma.

À família fraternal que tenho prazer de participar, ao Mauro e as reuniões na rua Jacinto, Manuela, Paulinho, Eduardo, Bruno, Bia, Clementine, Renatas, Rodrigo, Roberta, Catia, aos amigos da FASF... Enfim, todos... Nos filmes, peças, festas, reuniões informais ou não... Estão sempre presentes e os momentos vividos com vocês foram essenciais, pois afinal... “Todos juntos somos fortes, somos flecha e somos arco”.

À Daiana agradeço especialmente pela força desde o primeiro ano do mestrado, nos momentos de descontração, no ombro amigo em momentos de fôssia e agora nos momentos finais, me fez companhia, quebrando a solidão.

Aos colegas da Casa de Oswaldo Cruz que sempre também passaram por esses momentos do mestrado, agradeço a Vanessa, Luciana, Rodrigo, Luis, Vanderlei, André, Renato e Ana Luce que sempre se mostraram dispostos a dividir as dúvidas e certezas que nos deparamos nesses dois anos. Ao Alex e Regina que estiveram dispostos a ajudar, mesmo estando atarefados com o doutorado e afins. Andréa sempre se mostrou solícita a tal ponto de dividir comigo descobertas e fotos do seu incrível acervo. Ainda na COC, agradeço aos amigos ‘novos’, mas estimados, não poderia deixar de destacar, Paula (pelo incentivo constante), Josi, Fernanda, Wal e todos que estão chegando no rol de amigos.

Entre bibliotecas e arquivos agradeço a Margareth do CPDOC que desde os tempos do estágio, *sempre* foi extremamente solícita e capaz de transformar a sala de consulta um ambiente sério e aprazível de trabalho. À Wanda Weltman pelos inúmeros favores, além de grande amiga, ainda na COC, agradeço a Maria Claudia, Claudia e aos funcionários que colaboraram nesse período. Aos professores Robert Wegner, Lorelai Kury, Gilberto Hochman, Flávio Edler, Maria Rachel, Magali Sá, Tânia Fernandes e Nara Brito do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, pelas leituras, incentivos e por contribuir para minha formação intelectual. À Fiocruz pela vigência da bolsa.

Por fim, gostaria de destacar a importância de Jo Robertson e Deborah Emmitt, da Universidade de Oxford, pois a pesquisa sobre história da lepra no Brasil que fiz para esta instituição contribuiu imensamente nessa dissertação. Ao meu orientador Jaime Larry Benchimol, agradeço a chance de participar desse projeto, por ter se mostrado acessível e amigo, por compartilhar ensinamentos de História e ser um exemplo profissional, cuja dedicação contribuiu imensamente para a realização desse mestrado.

Aos presentes aqui ou na intenção, meu muito obrigado.

“Quem iria, agora, tratar dos seus filhos? Não era justo que se cuidasse dos pais doentes sem, amparar os filhos sadios. Mas, o abrigo dos descendentes de enfermos de lepra é sempre um grande problema. Porque os orfanatos não os aceitam e os parentes os recusam, temendo o contágio do mal. Mas esses ‘órfãos de pais vivos’ não ficam mais ao desamparo como acontecia antigamente. Eles têm direito à vida. E por isso mesmo os filhos dos lázaros são internados em magníficos preventórios (...) onde têm cuidados na assistência médica e estão sob regime dietético”

“Dormitório de menores, todo taqueado e com camas de ferro. Muitos filhos de lázaros – por serem de origens paupérrima – nunca viveriam num ambiente de tanto conforto e tanta higiene se não fossem as Sociedades de Assistência aos Lázaros. E todas as noites, ao deitarem-se, eles cruzam as mãos sobre o peito, olham para o alto e fazem a sua prece, ajoelhados em suas camas. E nas suas preces sinceras – sinceras porque brotam de corações inocentes e almas sem pecado – eles agradecem a Deus e pedem a benção do Altíssimo para aqueles que ajudaram, mesmo com pequenas parcelas a construir aquele abrigo”

(Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	p. 011
CAPÍTULO I. PRIMEIRA REPÚBLICA (1889-1930): POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA E LEPROSA	p. 023
1.1– Políticas de Saúde Pública	p. 024
1.2– A lepra e a saúde pública	p. 034
1.3– A reforma sanitária em São Paulo e o combate à lepra	p. 044
CAPÍTULO II. FILANTROPIA, PODER PÚBLICO E COMBATE À LEPROSA (1920-1945). AS SOCIEDADES DE ASSISTÊNCIA AOS LÁZAROS E DEFESA CONTRA A LEPROSA	p. 051
2.1– Filantropia e lepra no Brasil: alguns apontamentos	p. 052
2.2–A Primeira República e as Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra	p. 054
2.3– Governo Vargas (1930-1945) e a ação filantrópica	p. 061
CAPÍTULO III. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE: GESTÃO CAPANEMA (1934-1945) E A LEPROSA	p. 085
3.1- A criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (1930)	p. 086
3.2- A gestão de Capanema (1934-1945) no Ministério	p. 093
3.3- A Reforma Capanema (1937) e a lepra	p. 098
3.4- O Ministério da Educação e Saúde e o golpe do Estado Novo (1937)	p. 101
3.5- A criação do Serviço Nacional de Lepra e a I Conferência Nacional de Saúde	p. 111
3.6- Estado Novo: balanço do combate à lepra	p. 115
3.7- Fim da Era Vargas: Gustavo Capanema e a lepra	p. 120
CONCLUSÃO	p. 124
BIBLIOGRAFIA	p. 129
ANEXOS	p. 141

Resumo

Na Primeira República (1889-1930) a lepra gradualmente adquiriu prioridade nas agendas estaduais e na federal, destacando-se o governo paulista na criação de um aparato nessa área. A relação entre filantropia e combate à lepra esteve associada às Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra, criadas a partir da década de 1920. A criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (1930), as reformas ministeriais e a gestão de Gustavo Capanema (1934-1945) redimensionaram o campo da saúde e o combate às doenças. O engajamento da Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra (1932) na política ministerial de Capanema foi concretizada através da construção da rede preventorial em todo país. Ao final da Era Vargas, um aparato de saúde havia sido construído através de maciços investimentos e o isolamento compulsório das vítimas do mal de Hansen.

Abstract

During the First Republic (1889-1930) leprosy gradually gained priority in the state and federal governments' agendas, with special emphasis being given by the São Paulo State government with the installation of specialized services in the area. The relation between philanthropy and actions taken against leprosy was associated with the Lazar Welfare Society and the Defense Against Leprosy Society, created in the nineteen twenties. The founding of the Ministry of Education and Public Health (1930), the ministerial reforms and the Gustavo Capanema administration (1934-1945) rearranged the health field and the approach to fighting diseases. The Federal Government's commitment with the Lazar Welfare Society and the Defense Against Leprosy Society (1932) was obtained by means of Capanema's ministerial policy and substantiated by the construction of a preventive network in the whole country. At the end of the Vargas Era, health installations had been built with massive investments and the compulsory isolation of victims of Hansen's disease.

Introdução

“O universo do meio termo e das meias-tintas que é comumente o nosso – universo que repele para a periferia os excessos de virtudes e de vícios – via-se bruscamente abolido”

(Jean Delumeau)

Este trabalho tem como objeto as políticas e medidas contra a lepra levadas a cabo no Brasil pelo Ministério da Educação e Saúde Pública durante a Era Vargas, mais especificamente, o período em que foi chefiado por Gustavo Capanema (1934 a 1945). Analiso a política nacional de combate à lepra elaborada e implementada então pelo Ministério nesse período, em cooperação com entidades filantrópicas, instituições profissionais e de pesquisa.

Utilizo o termo “lepra” e “leproso” por serem mais apropriados historicamente, considerando que até a primeira metade do século XX assim eram designados a doença e os portadores do *Mycobacterium leprae*. A partir da década de 1970, no Brasil, passou a ser usado o termo “hanseníase” e “hansenianos” por proposta de integrantes da classe médica, com o objetivo de remover o estigma que pesava sobre os portadores da doença.

Minha dissertação localiza-se na confluência da História Política, da História das Doenças e da História da Saúde Pública. Apresento em seguida alguns apontamentos sobre essas tendências historiográficas, com intuito de situar minhas opções teóricas e narrativas. Não pretendo em nenhum momento aprofundar quaisquer desdobramentos desses campos e de seus autores.

Os historiadores dos *Annales*,¹ responsáveis por novos posicionamentos no campo histórico, opuseram-se à história política, considerada como *événementielle*. As transformações históricas seriam explicadas por fatores econômicos e sociais, considerados de maior duração. Os fenômenos coletivos tinham maior preponderância na compreensão do que as ações individuais, as análises sobre a estrutura econômica – o trabalho e a produção – preponderavam sobre as articulações políticas. Como destaca Ferreira: “Ao privilegiar o nacional, o particular, o episódico, a história política privava-se da possibilidade de comparação no espaço e no tempo e mostrava-se incapaz de elaborar hipóteses explicativas ou produzir generalizações e sínteses”.² Associado à temporalidade conjuntural e ao factual, o campo político estava condenado a ser história oficial, incapaz

¹ Em torno da revista *Annales d'histoire économique et sociale* criada em 1929, formou-se um grupo de historiadores que reformularam o campo. A primeira geração (1920-1945) teve como expoentes, Marc Bloch e Lucien Febvre. A segunda geração (1945-1968), além de Fernand Braudel, teve Pierre Chaunu entre seus principais autores. A terceira foi responsável pela releitura da história política. Esta geração contou com vários importantes autores. Destaco Jacques Le Goff, Georges Duby, Pierre Nora, René Remond, Raoul Girardet, Serge Berstein e Roger Chartier. Mais informações sobre este tema, ver: Burke, 1992.

² Ferreira, 1992: 266.

de problematizar a sociedade. Esse ponto de vista perdurou e radicalizou-se na segunda geração, que teve como principal autor Fernand Braudel. Na década de 1970, contudo, como mostrou René Remond, houve um “renascimento” da história política como objeto principal de análise.³ Por causa do diálogo com a ciência política, diferentes formas e conceitos de pensar o político foram inseridos no campo historiográfico. Nessa nova perspectiva, o “campo do político não tem fronteiras fixas, e as tentativas de fechá-lo dentro de limites traçados para todo o sempre são inúteis”.⁴ Os estudos decorrentes dessa nova perspectiva são variados: estenda-se o papel das elites, do imaginário político, dos mitos e mitologias, da cultura política, das agremiações partidárias e das políticas públicas. Nesta revalorização, a política passa a ser entendida como “o espaço último da decisão, como o nível onde todas as disputas sociais se decidem”.⁵

A renovação do campo historiográfico possibilitou o desenvolvimento de várias tendências na área, tais como a história das doenças e da saúde pública. Esta situação, que vem ocorrendo desde a década de 1980, pode ser vista, inclusive, como uma das forças estruturantes do Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, da Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ.

Desde o início da década de 1970, uma série de trabalhos tem se voltado para a relação entre corpo e doença,⁶ como forma de rever processos históricos: por exemplo, a colonização da América ou a relação entre epidemias e crises de produção. Os autores que atuam nessa vertente da historiografia mostram a relevância da doença como construção social, pois ela “pertence à história, em primeiro lugar, porque não é mais do que uma idéia”.⁷ Nas sociedades ocidentais, uma doença deve ser identificada enquanto *entidade* em virtude do papel preponderante dos modelos biomédicos que legitimavam as políticas públicas. Pode-se afirmar que a doença não existe como fenômeno social até que se tenha legitimado sua existência através de práticas e representações que podem ser historicizadas. A própria medicina é um sistema social, e cada aspecto da sua história é

³ Remond, 1996.

⁴ Remond, 1996: 443.

⁵ Borges, 1991/1992: 14.

⁶ Sobre este assunto ver: Peter & Revel, 1997; Porter, 1992.

⁷ Le Goff, 1997: 8.

necessariamente social, mesmo quando ocorre no laboratório, na biblioteca ou à beira do leito do doente.

Segundo Charles Rosenberg,⁸ a doença e seus significados são ‘socialmente moldados’, isto é, ela não é apenas um problema fisiológico, um evento biológico, pois está inserida socialmente, é elemento fundamental nas negociações para legitimar políticas públicas, é um fenômeno individual e coletivo, carrega uma dimensão simbólica e cultural, além de ser fator significante nas relações entre médico e paciente.

Durante o século XIX o pensamento médico foi adquirindo importante *status* social. Paralelamente, foram criadas novas categorias de doenças, que provocaram uma série de negociações sociais, com implicações morais e epistemológicas, acometendo, inclusive, a redefinição dos campos de saber.

No mundo ocidental, “só se compreende aquilo que se escreve”,⁹ e só se recorda o que guarda, logo, a “escrita de si”,¹⁰ o que está na origem da valorização dos arquivos pessoais e museus, enfim dos “lugares de memória”.¹¹ A valorização da memória individual e coletiva¹² deve ser compreendida dentro do quadro maior de valorização social do indivíduo e de suas ações ao longo dos séculos XVIII e XIX.

“Na medida em que a sociedade moderna passou a reconhecer o valor de todo indivíduo e que disponibilizou instrumentos que permitem o registro de sua identidade, como é o caso da difusão do saber ler, escrever e fotografar, abriu espaço para a legitimidade do desejo de registro da memória do homem “anônimo”, do indivíduo “comum”, cuja vida é composta por acontecimentos cotidianos, mas não menos fundamentais a partir da ótica da produção de si.”¹³

⁸ Rosenberg, 1997.

⁹ Certeau, 1994: 224-225.

¹⁰ Termo usado por Gomes para designar os diários, cartas, fotos, cartões postais, toda uma série de objetos que formam uma “memória de si” – a construção de “uma identidade para si através de seus documentos”. (Gomes, 2004: 10-11).

¹¹ Nora, 1993.

¹² Le Goff, 1997.

¹³ Gomes, 2004: 13.

A historiografia internacional e brasileira passou a se debruçar sobre estudos biográficos, e aumentou o interesse pelo indivíduo na história, valorizando-se a “lógica de suas ações”¹⁴ dentro dos limites do campo social em que está inserido.¹⁵ Essa tendência é reforçada pelo interesse acadêmico e editorial pelos diários, correspondências e autobiografias.

A partir da década de 1970, aumentou o interesse no Brasil pelos arquivos privados.¹⁶ A evidência da importância que adquiriram como objeto de estudo é o volume de obras lançadas nos últimos 30 anos que se ocupam basicamente desse tipo de documentação. Como bem observa Gomes, “o que passa a importar para o historiador é exatamente a ótica assumida pelo registro e como seu autor a expressa”.¹⁷

O Arquivo de Gustavo Capanema é constituído por aproximadamente 200 mil documentos, entre manuscritos, textos datilografados, folhetos, periódicos, recortes de jornais, mapas, plantas, fotografias e discos, sendo um dos maiores do Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil (CPDOC) / Fundação Getúlio Vargas (FGV), sabendo-se que “aproximadamente um terço do material refere-se à obra de Capanema no Ministério da Educação e Saúde”.¹⁸

A vastidão desse arquivo demonstra a preocupação de seu titular em guardar seus registros – um projeto de formar um arquivo auto-biográfico. A demonstração disso encontra-se nos documentos do próprio Capanema “referentes ao planejamento e à organização do próprio arquivo e, secundariamente, à classificação adotada para a sua biblioteca particular”.¹⁹ Este dado é bastante importante ao se considerar que:

“é raro que um arquivo pessoal chegue a uma instituição de memória com algum arranjo ou ordenamento prévios, determinado pelo próprio titular, por colaboradores ou mesmo por familiares; mais incomum ainda é encontrar

¹⁴ Gomes, 1998: 4.

¹⁵ Bourdieu, 1996.

¹⁶ O mesmo fenômeno pode ser identificado na França. Sobre este assunto, ver: Prochasson, 1998.

¹⁷ Gomes, 2004: 15.

¹⁸ Fraiz, 1998: 1.

¹⁹ Fraiz, 1998: 2.

um tipo de material que reflita e revele alguma ordem original ou primitiva, que possa nos dizer *do* arquivo e *sobre* o arquivo”.²⁰

Ao indagar qual o significado simbólico dessa atitude ou, indo além, qual o projeto político subjacente a essas iniciativas, destaco que:

“O arquivamento do eu não é uma prática neutra; é muitas vezes a única ocasião de um indivíduo se fazer ver tal como ele se vê e tal como ele desejaria ser visto. Arquivar a própria vida, é simbolicamente preparar o próprio processo: reunir as peças necessárias para a própria defesa, organizá-las para refutar a representação que os outros têm de nós. Arquivar a própria vida é desafiar a ordem das coisas: a justiça dos homens assim como o trabalho do tempo”.²¹

O político Gustavo Capanema foi extremamente hábil em construir seu arquivo, em delimitar quais seriam os campos de sua vida pública e privada que constituiriam este acervo. Em seguida, apresento alguns apontamentos biográficos sobre este personagem, como forma de situar meu trabalho.

Gustavo Capanema²² nasceu em Pitangui (MG) no dia 10 de agosto de 1900. Assim como outros descendentes de tradicionais famílias mineiras, iniciou os estudos na sua cidade natal, mas logo seguiu para Belo Horizonte. Ingressou na Faculdade de Direito de Minas Gerais em 1920, vindo a se formar quatro anos depois. Durante seus estudos manteve contato com vários colegas que posteriormente seriam destacados políticos e escritores. Ao concluir a faculdade, retornou a sua cidade natal, onde foi eleito vereador pelo Partido Republicano Mineiro (1927-1930).

Em 1930, foi indicado oficial-de-gabinete de seu primo Olegário Maciel, então presidente de Minas Gerais. Após a Revolução de 1930, Maciel foi o único governante

²⁰ Fraiz, 2000: 74.

²¹ Artières, 1998: 29.

²² Sobre a trajetória de Gustavo Capanema, ver: Schwartzman, 1983; Abreu, Beloch, Lamarão, Lattman-Weltman, 2001.

estadual que se manteve no cargo. Promovido a secretário do Interior (1930-1933), Capanema intermediou as relações entre Getúlio Vargas e seu primo, e apoiou o presidente da República durante o governo provisório.

Após o falecimento de Olegário Maciel em 1933, Capanema assumiu o cargo de interventor interino de Minas Gerais. Ele articulou sua efetivação neste posto. Contudo, o presidente Getúlio Vargas optou por outro nome, o de Benedito Valadares, mas garantiu a Capanema a nomeação como titular do Ministério da Educação e Saúde Pública. Ele tomou posse em 26 de julho de 1934, dez dias depois de Vargas ser eleito presidente da República pela Assembléia Constituinte.

Capanema só deixou o MESP em 1945, com o fim do Estado Novo. Exerceu então o cargo de deputado na Assembléia Nacional Constituinte de 1946, foi deputado federal entre 1946 e 1959 e, reeleito, exerceu novamente o mandato de 1961 a 1965, sempre pelo Partido Social Democrático de Minas Gerais. Entre 1959 e 1961, foi ministro do Tribunal de Contas da União, por indicação do presidente Juscelino Kubitschek.

Após o golpe civil militar de 1964, Capanema posicionou-se contra as medidas repressivas. Em outubro de 1965, o presidente Castelo Branco extinguiu os partidos políticos existentes através do AI-2. Como resultado disso, foi criada a Aliança Renovadora Nacional (Arena), de apoio ao governo, e a essa organização política filiou-se Capanema em 1966. Pela legenda, foi eleito deputado federal (1966-1971) e senador (1971-1979). Após encerrar sua carreira política, passou a residir no Rio de Janeiro, onde veio a falecer no dia 10 de março de 1985.

Revisão Bibliográfica

Entre as produções sobre história da lepra, destaco duas obras *sui-generis*, com riquíssimo levantamento de informações e bibliografia, mas sem análise acurada, em parte, talvez, pelo fato de serem seus autores personagens do combate à lepra no período estudado. Ambas as obras foram consequência de concursos organizados pelo MESP. A

mais importante é *História da lepra no Brasil*, escrita pelo médico Heraclides César de Souza-Araujo, que foi chefe de três importantes órgãos do Instituto Oswaldo Cruz: o Laboratório de Leprologia, a Seção de Bacteriologia e a Divisão de Microbiologia e Imunologia. Autor de numerosos estudos sobre a lepra, e com considerável influência no campo político sanitário, Souza-Araujo foi também professor de leprologia na Universidade do Rio de Janeiro, nos cursos do Departamento Nacional de Saúde e no Instituto Oswaldo Cruz; catedrático na Universidade do Distrito Federal; chefe e professor do Centro Internacional de Leprologia; editor das *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*; perito da Organização Mundial de Saúde; membro da Academia Nacional de Medicina. No primeiro volume de *História da Lepra no Brasil*, Souza-Araujo abarca colônia e império; no segundo e terceiro volumes, o período republicano, até o início da década de 1950, inventariando exaustivamente os estudos e documentos produzidos até então sobre a enfermidade. A documentação pesquisada por Sousa-Araújo, em grande parte transcrita em sua obra, constitui uma das principais fontes para o presente trabalho.

À mesma linha pertence *Tratado de leprologia. História da lepra no Brasil e sua distribuição geográfica*, de Flavio Maurano. Importante leprologista e diretor do leprosário paulista de Cocais, descreve diversas regiões do país e faz comparações entre elas. Obras como *Considerações sobre o problema da lepra*, e *Defendendo São Paulo e suas iniciativas no combate a lepra*, de Arthur Neiva, também foram de suma importância para mim, por expor opiniões de personagem com atuação marcante no período sobre a problemática que pretendo estudar.

Na historiografia contemporânea, o repertório de fontes secundárias é maior. Destaco inicialmente a coletânea de artigos intitulada *Leprosy: A Long History of Stigma*, que aborda o problema de várias perspectivas: a circulação de informações médicas sobre o *Mycobacterium Leprae* no século XIX; a representação social da doença; sua transmissibilidade por mosquitos segundo os estudos de Adolpho Lutz; estudos específicos sobre instituições hospitalares; sobre a Primeira Conferência Internacional sobre Lepra, ocorrida em Berlim (1897), e ainda sobre campanhas nacionais implementadas na Colômbia, na Nigéria e em Porto Rico. Esse número de *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* contém ainda entrevistas com personalidades vinculadas à enfermidade e compilações documentais. Possui especial relevância para meu trabalho o artigo acerca do isolamento compulsório de leprosos em São Paulo de Yara Monteiro, por focar o modo

como o modelo paulista foi se tornando, gradualmente, o referencial para a política de saúde pública no caso da lepra. O artigo de Jaime Larry Benchimol e Magali Romero Sá, “Adolpho Lutz e as controvérsias sobre a transmissão da lepra por mosquitos”, também contribui para meu trabalho, pelo histórico da doença, não obstante tenha seu foco narrativo direcionado para aquele cientista e seus estudos.

Na acurada análise desenvolvida em *Batallas contra la lepra*, Diana Obregón Torres mostra como, no caso colombiano, as campanhas contra esta endemia seguiram modelos europeus, mas adaptando-os à realidade nacional. O desenvolvimento das instituições de saúde pública e a profissionalização da medicina ocorreram paralelamente à reconstrução da lepra como doença infecciosa, sendo ela considerada um entrave ao processo civilizatório e ao progresso. Ao situar o combate à lepra na Colômbia, este trabalho traz importantes informações sobre a conjuntura internacional, mencionando inclusive personagens e políticas públicas do Brasil.

Numa perspectiva de história social da cultura encontram-se alguns trabalhos interessantes que usam diferentes referenciais para abordar o tema. *História Noturna. Decifrando o Sabá*, de Carlo Ginzburg, aborda o suposto papel dos leprosos como membros de uma conspiração contra a cristandade, da qual teriam participado, também, judeus e muçulmanos. Esta seria uma das justificativas para a segregação daqueles enfermos na França e em outros países europeus, especialmente a partir do século XIV, quando recrudescer esta prática segregacionista, até consolidar-se, pela primeira vez na história da Europa, um programa de reclusão maciço. As autoridades políticas teriam interesse nesta separação, pois administrariam as grandes rendas de que dispunham os leprosários, então controlados por ordens religiosas.

A história das mentalidades procura entender a inter-relação entre fatores culturais e o medo que justifica a segregação. *O medo no Ocidente, 1300 –1800: uma cidade sitiada*, de Jean Delumeau, estuda o posicionamento das autoridades e os efeitos das ações públicas sobre o imaginário coletivo da população afetada, demonstrando que o isolamento era considerado a medida de maior eficácia. Na ausência de justificativas científicas, buscavam-se explicações que amiúde apontavam “o outro” como difusor da doença, e freqüentemente, os leprosos eram os escolhidos.

Nessa vertente dos estudos sobre representações da doença destaco, ainda, *As Máscaras do Medo. Lepra e Aids*, de Italo Tronca, que mostra como as duas doenças, com forte estigma social, em contextos históricos diferentes motivaram a criação de poderosos signos e símbolos que atuaram no imaginário social e contribuíram para definir políticas de combate a uma e outra doença. A obra *Don't Fence Me In - Leprosy in Modern Times*, de Tony Gould, realiza detalhado estudo da lepra nos últimos 150 anos, investiga seu significado cultural ao narrar casos de comunidades isoladas que, em diversos países, abrigavam e isolavam os pacientes. Segue a mesma linha de Tronca, ao mostrar como a Aids ocupou sua posição no imaginário social. Em *Hanseníase. Representações sobre a doença*, Lenita B. Lorena Claro aborda a questão de um prisma contemporâneo, através de entrevistas com hansenianos; por meio de métodos quantitativos, a autora organiza as informações e visões que estes têm sobre sua condição de enfermos, mostrando que, mesmo com o conhecimento científico contemporâneo, o estigma atua como explicação para as representações sociais da doença.

No tocante ao governo Vargas, destaco a coletânea organizada por Simon Schwartzman sob o título *Estado Novo, um auto-retrato*, que aborda o período através da documentação do Arquivo Gustavo Capanema, depositada no Centro de Pesquisa em História do Brasil Contemporâneo da Fundação Getúlio Vargas. Ao discorrer sobre a política contra a lepra entre 1930 e 1945, este autor limita-se a corroborar o discurso veiculado pelas fontes primárias, sem nenhuma análise crítica. Os trabalhos sobre período varguista que utilizo ao longo de toda dissertação trazem importantes informações sobre a política de saúde pública e/ou informações fundamentais, mas não focam sobre a lepra.

Ao fazer o histórico da lepra, a produção acadêmica brasileira invariavelmente retoma seu passado bíblico, faz menção a outras culturas, e segue a trajetória simbólica da doença até o Brasil. Alguns pontos são sempre mencionados, por exemplo, a relação com punição divina, a leprofobia social e o estigma como justificativa para políticas públicas.

A tese de doutoramento de Yara Nogueira Monteiro, intitulada *Da maldição divina à exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo*, foi o trabalho mais importante para esta dissertação. A autora analisou o forte estigma da lepra desde os tempos coloniais e o isolamento compulsório adotado pelo governo paulista durante o século XX. Através de vasta documentação textual, iconográfica e de entrevistas realizadas com médicos e

antigos pacientes. Yara Monteiro mostra como o estado de São Paulo implementou o mais rígido controle sobre os leprosos adotado no Brasil.

A dissertação de mestrado de Luciano Marcos Curi, *Defender os sãos e consolar os lázaros*. *Lepra e isolamento no Brasil. 1935/1976* também foi muito importante para meu trabalho. Baseando-se fortemente no modelo teórico de Michel Foucault, inclui-se entre os trabalhos que vêem o estigma como justificativa para as políticas de combate à lepra. O período estudado por esse autor vai do plano nacional contra a doença adotado pelo Ministério da Educação e Saúde Pública nos anos 1930 até o final da prática do isolamento compulsório na década de 1970. Curi investigou outras formas de controle dos leprosos – os dispensários e leprosários, mas dedicou especial atenção ao papel da filantropia na administração dos preventórios, especificamente das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra e de suas principais lideranças.

A dissertação de Vivian da Silva Cunha, *O isolamento compulsório em questão. Políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1941)* deve ser destacada. A autora estudou o debate e a implementação de políticas públicas, atendo-se à temática do isolamento compulsório. Este trabalho retoma o passado bíblico da lepra, mas se afasta da história social, devido à forte influência dos modelos interpretativos da História da Saúde Pública. E por esse fator, é muito interessante o minucioso histórico desenvolvido por Cunha, partindo da criação das instituições governamentais de combate à lepra na década de 1920 até a sistematização dessa prática ao longo do período varguista.

A dissertação de Andrea Batista Braga, *“O que tem que ser tem força”: narrativa sobre a doença e a internação de Pedro Baptista, leproso, meu avô (1933-1955)* foi extremamente importante para meu trabalho. A autora baseou seu trabalho no arquivo privado de Pedro Batista, formado por muitas cartas e fotografias, complementado por outras pesquisas, foi possível resgatar o cotidiano como interno da rede asilar paulista, sua relação com a doença e com o aparato médico institucional. A análise de Braga destacou o estigma e o caráter simbólico da lepra, além de fazer um histórico das políticas de combate a lepra adotado pelo estado de São Paulo, mais especificamente a política de isolamento compulsório (1929 – 1967) aos doentes nas colônias.

No primeiro capítulo de minha dissertação, procurei traçar um histórico das políticas de saúde adotadas durante a Primeira República. Não é do escopo deste trabalho aprofundar questões gerais, por isso limito-me a mostrar a dimensão que o combate à lepra teve nas agendas estaduais e na federal. O caso paulista recebeu atenção especial por ter sido um marco na implementação de políticas públicas centralizadoras nessa área. Além disso, mostro como diversos segmentos sociais contribuíram para o adensamento dessa problemática. No capítulo seguinte aprofundei a análise do papel da filantropia na assistência às vítimas do mal de Hansen através de entidades leigas, criadas após a proclamação da República. Destaco a Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra. Criada na década de 1920, na capital paulista, adotou política autônoma face às diretrizes públicas, Sociedades similares foram fundadas em outros municípios brasileiros, criando-se, na década de 1930, a Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra, a qual gradativamente, foi se aproximando dos planos ministeriais de combate à lepra. No último capítulo da minha dissertação, volto-me para o Ministério da Educação e Saúde, mais especificamente, a gestão de Gustavo Capanema, que implementou, pela primeira vez, uma política nacional de combate à lepra, influenciada pela experiência paulista de isolamento. Após a promulgação do Estado Novo, em 1937, acentuou-se a centralização das diretrizes no campo da saúde, criando-se, então, o Serviço Nacional de Lepra (1941).

Termino essa apresentação retificando o parágrafo com que comecei a redigi-la. As políticas e medidas levadas a cabo por Capanema eram meu objeto inicial de estudo. Continuou a ser a parte da dissertação onde pude apresentar o maior volume de dados originais. Mas a análise das conjunturas e processos que antecederam a gestão de Capanema ganharam muita importância desde os comentários feitos por ocasião da qualificação de meu projeto de mestrado, em agosto de 2005. O segundo capítulo, dedicado ao tema de filantropia, acabou por se tornar quase tão denso e importante quanto o terceiro, onde, de fato, dou contra do objeto originalmente proposto. Espero que não tenha sido em vão meu esforço de acrescentar alguns grãos de conhecimento original ao muito que já fizeram meus antecessores na análise dessa questão médica e social tão dramática, a lepra, atual hanseníase.

Capítulo I – Primeira República (1889-1930): políticas de saúde pública e lepra

“Da lepra que cuidem os Estados”.

(Wenceslau Brás)

“Este exemplo não me ocorre por um bairrismo mal entendido, nem pela preocupação, inteiramente descabida em assunto de tanta relevância e responsabilidade, de ser agradável aos nossos administradores. Cito o caso de S. Paulo unicamente por achar que é um exemplo a ser imitado. De fato, ali se realizam, os dois fatores decisivos no êxito da profilaxia da lepra, isto é, um governo bem orientado ao lado de um povo culto generoso”.

(Emílio Ribas)

Neste capítulo faço um breve histórico das políticas de saúde pública adotadas ao longo da Primeira República, para mostrar como a lepra foi gradualmente adquirindo prioridade nas agendas estaduais e na federal, destacando-se o governo paulista na criação de um aparato nessa área. Diversos atores sociais contribuíram para a formulação das políticas governamentais e para a criação de órgãos dedicados às vítimas do mal de Hansen. A classe médica teve papel particularmente importante na definição desta enfermidade como problema nacional, participando da elaboração de planos de combate que foram implementados com mais vigor inicialmente em São Paulo.

1.1 - Políticas de Saúde Pública.

A década de 1880 foi marcada por inúmeros eventos que culminaram no fim do Império de Dom Pedro II. Logo em seguida à Proclamação da República, em janeiro de 1890, foi constituído o Conselho de Saúde Pública e organizado o Serviço Sanitário Terrestre da República que tinham como função os estudos de moléstias reinantes e a possibilidade de intervenção nos estados em caso de epidemias. A primeira Constituição republicana, promulgada em 24 de fevereiro de 1891, não fazia nenhuma menção à saúde e ao saneamento, vigorando a interpretação de que esses assuntos ficavam sob responsabilidade dos estados e municípios. Outras leis determinaram que os serviços sanitários da Capital competiam ao governo do Distrito Federal, cabendo às demais unidades da federação assumirem as respectivas despesas referentes à higiene terrestre. O governo federal ficaria com o controle dos serviços sanitários portuários. Em 1892, um parecer do Conselho Superior de Saúde Pública avalizou esse modelo e sacramentou a soberania federativa.²³

²³ Souza-Araujo, 1956.

As ações de saúde e vigilância sanitária do governo federal ficaram sob a responsabilidade de um órgão vinculado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, a Diretoria de Saúde Pública (DSP),²⁴ criada em 1896 e regulamentada no ano seguinte.

Em virtude dos efeitos devastadores das epidemias de febre amarela, varíola, cólera entre outras, e a relativa ineficácia das ações sanitárias no Distrito Federal, as funções da Diretoria foram ampliadas, principalmente no que se referia ao serviço sanitário nos portos, e, em particular, na cidade do Rio de Janeiro.

A reforma sanitária proposta em 1903 pelo diretor-geral da Saúde Pública, Oswaldo Cruz foi promulgada pelo decreto n. 5.156, de 8 de março de 1904, e transformada em Regulamento Sanitário da União pelo ministro da Justiça e Negócios Interiores J. J. Seabra. Em junho de 1904, Oswaldo Cruz apresentou ao Congresso Nacional um projeto de vacinação e revacinação contra a varíola, considerada obrigatória desde fins do século XIX. O projeto sofreu forte oposição na esfera política, e depois de:

“Intensa agitação nas ruas, promovida pelo Apostolado Positivista, por oficiais descontentes do Exército, monarquistas e líderes operários, que acabaram se aglutinando na Liga contra a Vacina Obrigatória. A lei foi aprovada em 31 de outubro. Quando os jornais publicaram, em 9 de novembro, o esboço do decreto que ia regulamentar o “Código de Torturas”, a Revolta da Vacina paralisou a cidade por mais de uma semana”.²⁵

Encontram-se diversas interpretações acerca deste evento histórico,²⁶ considerado por todos os autores um marco crucial no tocante aos limites da ação do poder público em relação ao indivíduo e à propriedade privada²⁷ no âmbito de uma política coerciva em prol

²⁴ Entre as atribuições da DSP figurava a organização de estatísticas demográfico-sanitárias; tarefa semelhante seria adotada pelo ministério Capanema com o censo da lepra. Sobre as outras funções do órgão ver Hochman, 1998: 102.

²⁵ Benchimol, 2001: 50.

²⁶ Sobre as diversas interpretações deste episódio e a ação do Estado no campo da saúde ver: Benchimol, 1990; Carvalho, 1996; Chalhoub, 1996; Sevcenko, 1984.

²⁷ Após a década de 1920, a política de isolamento dos leprosários cerceou os doentes de qualquer direito individual, confinando-os nessas instituições – O caso paulista diferencia-se de todo o país, pois uma vez identificada a doença, a pessoa era imediatamente internada, nos outros estados não havia essa obrigatoriedade. Mais informações sobre esse assunto ver Monteiro, 1995.

do bem comum. Menos de 30 anos depois desse episódio, a política de isolamento compulsório das vítimas do mal de Hansen não respeitaria direitos civis nem laços familiares ao expulsar os enfermos do espaço urbano e segregá-los em leprosários.²⁸

A Revolta da Vacina evidenciou a importância de uma ação integrada dos serviços de saúde nas diversas regiões do país, pois as enfermidades combatidas no Distrito Federal eram identificadas em outros locais. As sucessivas epidemias de febre amarela que ocorreram na cidade do Rio de Janeiro e em diversos outros locais do país a partir de meados do século XIX foram mais elucidativas dessa perspectiva de interdependência. A grande ocorrência de casos de tuberculose e de peste bubônica também motivou ações do poder público e medidas de combate adotadas ao longo desse período. Esse quadro que justificou as políticas de interdependência.

Por ser a capital da República, a cidade do Rio de Janeiro era considerada como uma espécie de ‘laboratório’ para ações governamentais de maior alcance, e isso pode ser comprovado tanto pela historiografia como pela documentação que revela a ressonância do êxito ou malogro de políticas públicas locais em diversas áreas.²⁹

Um aspecto inerente aos mais graves problemas de saúde na Primeira República era a interdependência social, política e territorial. Além de reconhecerem os efeitos negativos das condições sanitárias para a economia do país, as classes dirigentes passaram a ter consciência de que não afetavam apenas os segmentos menos favorecidos, pois o poder destrutivo das doenças alcançava toda a sociedade, as várias regiões da nação e suas relações com mundo exterior. Afinal,

“Ao interligarem em uma grande cadeia tanto indivíduos como regiões, ao coletivizarem o problema da saúde, os micróbios e as epidemias desafiavam quaisquer tentativas de se promoverem arranjos individualizados e localizados de proteção”.³⁰

²⁸ Foucault, 1996: 88.

²⁹ Este tipo de abordagem foi desenvolvido por Freire, 2000; Motta, 2001; Motta, 2004.

³⁰ Hochman, 1998: 52.

A aquisição dessa consciência social não foi construída rapidamente, nem com facilidade, mas contribuiu para o delineamento de uma comunidade nacional, para a construção do Estado-nação e a solidificação da autoridade do poder público. A ação estatal foi fundamental para a definição da autoridade sanitária, contudo, até os anos 1920, as políticas restringiram-se à cidade do Rio de Janeiro e a outros centros urbanos litorâneos. Em virtude disso, uma discussão que se tornou cada vez mais importante no período foi a valorização de políticas que contemplassem a medicalização do interior do Brasil e suas populações historicamente desassistidas.

Entre 1918 e 1919, foi acordado entre os governos estaduais e a União que haveria intervenção federal desde que houvesse requisição do governo local, nos episódios considerados de calamidade pública. Essas ações seriam custeadas por ambos os lados, de modo a não ferir a Constituição federalista vigente então. As políticas estaduais de saúde pública foram se tornando gradualmente ações conjuntas com o governo federal, criando-se, dessa forma, benefícios para os estados por sair menos oneroso para eles a divisão das responsabilidades. O alvo primordial dos convênios foram três endemias rurais - malária, ancilostomíase e doença de chagas -, mas a lepra também seria contemplada através da criação de colônias em cada unidade da federação para evitar o êxodo de enfermos. O nomadismo e a mendicância eram praticados por estes como opção à falta de trabalho. Locomoviam-se os enfermos entre cidades, formando acampamentos e concentrando-se em regiões próximas a santuários em períodos de festas religiosas.³¹ A não fixação numa região era um dos principais obstáculos à realização de um censo de doentes vitimados pela lepra.

O movimento pela reforma da saúde pública que ocorreu na década de 1910 foi fundamental para a definição da autoridade do Estado nacional no campo da saúde. A campanha pelo saneamento rural defendia uma política que contemplasse toda a sociedade brasileira, “desafiando suas elites e suas instituições políticas, e exigindo um aumento da responsabilidade do Poder Público, o que significava a rediscussão da moldura político-legal inaugurada pela Constituição de 1891”.³² As interpretações que identificavam as

³¹ Monteiro, 1995: 109-114.

³² Hochman, 1998: 49.

“más condições sanitárias das cidades brasileiras (como) um obstáculo para a modernização, acabou contribuindo para o progresso do movimento de saúde pública”.³³

A participação de setores da elite e de intelectuais no debate médico e higienista demonstra a amplitude que os temas vinculados à saúde pública tinham adquirido na agenda social e política. O movimento destacava a urgência de ações afirmativas do governo em regiões sem assistência, pois a presença das enfermidades estaria vinculada à ausência da ação estatal. “Se as conseqüências do abandono e da doença tinham chegado aos calcanhares da elite brasileira, ao final da Avenida Central, teriam ainda de alcançar suas consciências”.³⁴

As classes dominantes teriam de se conscientizar sobre os riscos, os custos sociais e políticos da situação sanitária do país. Esta foi se tornando uma questão nacional entre 1916 e 1920, em grande medida pela atuação do movimento sanitarista que, através de seus representantes, difundia suas interpretações sobre a situação de saúde da população brasileira e a urgência de se atuar neste campo. As dificuldades enfrentadas pelas lideranças, com destaque para Belisário Penna, do movimento provinham da oposição de médicos e políticos que queriam preservar a estrutura federativa, mais adequada à manutenção de suas posições e interesses.

A crescente interação entre as zonas rurais e urbanas, inclusive através do êxodo rural, o crescimento populacional das cidades, os fluxos imigratórios, contribuíam para o aumento da suscetibilidade de diversas regiões do país às enfermidades. A solução proposta foi a centralização não só das ações públicas³⁵ de combate às doenças, como da legislação sanitária e da promoção da saúde, através de ações de prevenção e educação higiênica.

No cerne do projeto dos sanitaristas estava a criação de um órgão público federal capaz de centralizar, uniformizar e coordenar os serviços de saúde em todo o país, superando assim, “os limites constitucionais impostos à ação da União, restrita na área de

³³ Castro Santos, 1985: 194.

³⁴ Hochman, 1998: 71.

³⁵ Essa prática pode ser identificada no contexto da Revolução Mexicana. Ver Carrilo, 2004.

saúde pública ao Distrito Federal e aos portos”.³⁶ As epidemias que assolavam o Brasil no período serviam de exemplos ideais para comprovar a interdependência sanitária e o caráter nocivo dos entraves colocados pela estrutura federativa e a privacidade individual.

A febre amarela era um dos problemas endêmicos tradicionais no Brasil. A permanência de focos em diversos estados da federação – mesmo depois de ter sido vitoriosa a campanha conduzida por Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro, evidenciava a impossibilidade de soluções locais, fortalecia a exigência de mais responsabilidade das administrações públicas em relação à saúde e higiene. O combate eficiente à febre amarela requeria o aumento das ações do governo federal em todo território nacional, ultrapassando os limites da Capital.

A fundação da Liga Pró-Saneamento no dia 11 de fevereiro de 1918 (primeiro aniversário de morte de Oswaldo Cruz) reuniu médicos e intelectuais ao redor das principais teses do movimento sanitário: combate às doenças que dificultavam o crescimento nacional e “a principal bandeira do movimento, a centralização dos serviços de saúde, a qual se efetivaria com a criação de um ministério da saúde pública”.³⁷

Em maio de 1918, o presidente Venceslau Brás criou o Serviço de Profilaxia Rural. Em agosto que Azevedo Sodré propôs o já referido Ministério da Saúde Pública, capaz de centralizar as ações sanitárias e superar as barreiras colocadas pela Constituição de 1891. Na avaliação de Sodré “os problemas da saúde pública eram muito mais derivados dessa desorganização do que da falta de recursos”.³⁸ A complexidade dos problemas sanitários aliados à carência técnica e financeira dos estados eram os motivos que justificavam a criação do novo ministério, mas o projeto chocou-se no Congresso com os interesses das oligarquias agrárias que temiam a ameaça à autonomia estadual através do incremento da presença federal nas esferas regionais,³⁹ por isso não teve maior repercussão prática.

³⁶ Hochman, 1998: 78-79.

³⁷ Britto, 1995: 20.

³⁸ Discursos de Azevedo Sodré citados por Hochman, 1998: 124.

³⁹ Sobre este debate, ver: Hochman, 1991.

A crise sanitária provocada pela epidemia de gripe espanhola no segundo semestre de 1918 revelou a deficiência das estruturas sanitárias, a incapacidade das instituições de saúde em socorrer a população e o problema da:

“falta de autonomia vivenciada pela chefia da Diretoria Geral de Saúde Pública e das dificuldades de seu diretor [Carlos Seidl] para desenvolver as atividades a seu cargo. A ação dessa instituição era obstaculizada pela própria estrutura do Ministério de Justiça e Negócios Interiores, que, sendo um órgão de escopo jurídico, destinava às questões de saúde menor atenção do que elas necessitavam. O ministro tinha sempre a última palavra sobre a ação do encarregado da saúde pública”.⁴⁰

A epidemia reforçou a tese da Liga Pró-Saneamento de criar especialmente um órgão autônomo, não apenas político, mas de caráter técnico e científico voltado para a saúde. Como destaca Goulart: “recolocava em pauta discussões sobre a reformulação da Diretoria Geral de Saúde Pública, as relações entre medicina e sociedade e a agenda política e sanitária – principalmente a da capital federal”.⁴¹

Em dezembro de 1919, aconteceu a solução que se mostrou capaz de conciliar os interesses divergentes nesse campo, pois o Congresso Nacional aprovou a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP),⁴² que ganhou existência formal em 2 de janeiro de 1920, quando foi publicado o decreto nº 3.987. Vinculado ainda ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, o Departamento teve como primeiro diretor, Carlos Chagas que exerceu a função até 1926. A atuação do DNSP foi definida pelo regulamento sanitário de 1920.

O novo departamento absorvia os serviços de higiene no Distrito Federal; exerceria o controle sobre os serviços sanitários dos portos e o fluxo imigratório; atuaria na profilaxia rural da capital, no território do Acre e, através de acordos nos estados, além disso ficaria responsável pelo estudo e pesquisa de doenças transmissíveis; pelo

⁴⁰ Goulart, 2005: 7-8.

⁴¹ Goulart, 2005: 21.

⁴² Sobre a estrutura administrativa do Departamento - ver Hochman, 1998: 143.

fornecimento de vacinas e soros; pela produção de estatísticas na área de saúde; fiscalização das profissões médicas e organização de um Código Sanitário Nacional, a ser aprovado pelo Congresso Nacional.

As diretrizes do DNSP evidenciam ampliação da autoridade sanitária federal e crescente participação da União em assuntos estaduais. A atuação nas unidades federativas era realizada através da Diretoria de Saneamento Rural, em cooperação com os governos estaduais.

Ao longo da década de 1920, os serviços sanitários implementados pelos estados ficaram sujeitos a disputas entre as diversas esferas de poder. A centralização política em um só órgão federal era motivo de oposição por causa da abrangência de assuntos a serem tratados, a dimensão territorial nacional e a correlata burocratização política que isso requeria. A autonomia dos estados e municípios era defendida pelos opositores aos planos de uma saúde centralizada pela União.

As unidades federativas que tinham melhor situação financeira e temiam arcar com problemas oriundos de outros estados, assim como as que não possuíam recursos para arcar com as vultosas despesas das ações contra as endemias foram gradualmente apoiando a intervenção federal.

A falta de recursos foi uma das questões mais delicadas da implementação de uma política nacional de saúde, recorrendo-se a outras formas de financiamento, como os impostos incidentes sobre bebidas alcoólicas e jogos de azar.

A partir de 1915, a Fundação Rockefeller passou a atuar no Brasil, sendo responsável pelo diagnóstico da malária e da ancilostomose em São Paulo. Sua atuação foi influenciada pela tradição de pesquisa realizada no Brasil, pelo projeto modernizador do Estado e pelo crescente processo de centralização da saúde pública. “As atividades da Fundação Rockefeller no Brasil não partiam do zero: a Fundação encontra no Brasil uma tradição de pesquisa bacteriológica e uma tradição ‘higienista’”.⁴³

O papel da Rockefeller também foi crucial no combate à febre amarela⁴⁴ e ancilostomíase, não apenas como agência financiadora, mas também como orientadora

⁴³ Castro Santos, 1985: 206.

⁴⁴ Durante a Primeira República, as formas de combate à febre amarela adotadas pela Fundação Rockefeller divergiam das ações dos sanitaristas brasileiros, principalmente na “forma de ataque ao vetor” dessa doença. As diferenças técnicas apontavam também para diferentes concepções políticas. Sobre esse assunto, ver: Benchimol, 2001: 112-125.

de políticas de saúde e agente de interiorização no país. Os trabalhos desenvolvidos pela Rockefeller em diversos países⁴⁵ seguiram diretrizes muitas vezes conflitantes com as realidades históricas da América Latina,⁴⁶ mas também contribuíram para a sistematização de um sistema nacional de saúde pública.

A organização institucional de pesquisa, em São Paulo, representada pelos institutos Bacteriológico, Butantan e Pasteur, criados entre 1892 e 1903, contribuiu para a autonomia dos serviços estaduais de saúde pública. Essas instituições antecederam a criação da Faculdade de Medicina de São Paulo, em 1912, que incrementou as mudanças em curso nas primeiras décadas do século XX. A Fundação Rockefeller financiou a criação da cadeira de Higiene nessa faculdade, em 1917, embrião do Instituto de Higiene, que desempenharia importante papel na formação de especialistas a partir da década de 1920.⁴⁷

Embora a construção do aparato de saúde pública paulista tenha tido êxito, isto não impediu a penetração de doenças oriundas de outros estados, e o governo estadual não teve como forçar outras unidades federativas a promover ações sanitárias. A solução encontrada e defendida pelo governo paulista foi manter a sua autonomia, mas apoiar o governo federal no aprimoramento de políticas nacionais.⁴⁸

O governo paulista esperava que a DGSP atuasse no Distrito Federal e no controle dos portos, e que as demais unidades federativas cuidassem de seus próprios problemas de saúde, o que nem sempre foi feito devido à falta de recursos ou por problemas administrativos. Assim, a administração de São Paulo optou em alguns momentos por atuar em outras regiões como forma de atenuar os efeitos da interdependência. Como a internalização dos custos nem sempre era possível, gradualmente o governo paulista foi se interessando em apoiar os arranjos institucionais implementados pelas autoridades sanitárias federais nos demais estados.⁴⁹

⁴⁵ No caso costarriquenho, contudo foram as condições já existentes neste país que possibilitaram o êxito da política da Fundação. O modelo norte-americano de saúde pública foi adequado aos interesses locais, e através das atividades da Fundação foram implementados o sistema nacional de saúde e ampliada a soberania do Estado para as áreas rurais da Costa Rica. Sobre essa discussão ver Palmer, 2004.

⁴⁶ Maiores informações, ver: Cueto, 1998/1999.

⁴⁷ Castro Santos, 1993.

⁴⁸ Hochman, 1998: 221-227

⁴⁹ Hochman, 1998.

Em São Paulo, o movimento sanitarista teve ação contundente na construção de instituições, formação de profissionais especializados, montagem do aparato burocrático, feitura de leis específicas e a criação de uma política de saúde.⁵⁰

A atuação do governo federal consistiu na implementação de uma legislação nacional e na coordenação de ações estaduais. Além disso, conseguiu levar as unidades federativas a cooperarem num plano de combate a diversas endemias e no controle higiênico sanitário do meio rural, mesmo que nesses casos tivesse que se opor aos poderes locais. A ampliação do poder público federal ocorreu gradativamente ao assumir uma série de responsabilidades, como a construção de instalações hospitalares apropriadas, contratação de profissionais especializados, aparelhamento dos serviços médicos, montagem de um aparato educativo, organização do censo dos doentes e leis concernentes para o campo da saúde pública.

Nos acordos firmados entre a União e os governos locais, a maior parte dos recursos veio da primeira⁵¹ e, no tocante à profilaxia rural, o diretor era indicado por autoridades da Capital da República. Isso evidencia que as atividades de saúde nos estados conveniados passaram para o controle da União, pois a maioria das unidades federativas não teve como arcar com os custos da alocação de atividades em saúde pública, ainda que valorizasse os benefícios dessas medidas.

Para algumas autoridades e os sanitaristas envolvidos nesse processo, essa política seria transitória, até que os governos estaduais e municipais tivessem condição de organizar suas próprias atividades sanitárias. A partir de então, o papel da União passaria a ser coordenar e sistematizar as atividades, intermediar as diferenças regionais e internacionais, intervindo apenas em situações de emergência. Algumas das opiniões contrárias eram provenientes dos partidários do movimento sanitarista, e tinham como pressuposto que o governo federal deveria assumir definitivamente as responsabilidades nesse campo.

⁵⁰ Castro Santos, 1993.

⁵¹ Os recursos federais investidos no DNSP tiveram um aumento entre 1920 e 1925 de 180%, e no quinquênio seguinte atingiu 50%. Maiores informações ver Hochman, 1998: 202; Labra, 1985: 154.

Durante a Primeira República, conferências, censos e estatísticas foram gradativamente originando um quadro de informações de âmbito nacional que contribuiu para a formulação de estratégias políticas e o planejamento da aplicação de recursos. Uma variada gama de fatores – instituições, leis, burocracias, serviços, políticas de saneamento, educação, higiene e vacinação – contribuiu para consolidar o Estado Nacional em regiões onde não havia a presença do poder público.

O crescimento dos gastos e das responsabilidades estaduais com saúde foi significativo, contudo isso não diminuiu substancialmente as diferenças entre as diversas unidades federativas, e São Paulo⁵² manteve o papel preponderante no combate a diversas doenças e na implementação de políticas públicas. A implementação de uma política de saúde pública paulista garantiu a melhoria sanitária da população e de seu território, mas haveria o problema dos demais estados que não contavam com esta estrutura.

1.2- A lepra e a saúde pública.

Na primeira década de regime republicano pouco, foi debatida a lepra, e as medidas tomadas nesta área seguiram as diretrizes gerais da saúde pública. Em outubro de 1897, ocorreu em Berlim a I Conferência Internacional de Leprologia. O único brasileiro inscrito foi Adolpho Lutz, então diretor do Instituto Bacteriológico de São Paulo, mas não pôde comparecer por falta de apoio do Estado. Este evento enfraqueceu a teoria da transmissão hereditária, e confirmou a etiologia específica da lepra - o bacilo de Hansen - e a noção de que a melhor maneira de evitar seu contágio seria através da notificação obrigatória, vigilância e isolamento compulsório das vítimas do mal de Hansen. Nessa época, o “modelo norueguês” era o mais recomendado no combate da doença, mas o êxito dessa política pública deveu-se criação de hospitais regionais onde a lepra era endêmica, possibilitando “que los pacientes no fuesen removidos de su entorno y se combinara el cuidado médico con la vigilancia y el registro de casos”.⁵³ A investigação científica sobre a

⁵² Sobre as especificidades do campo da saúde pública em São Paulo, ver: Ribeiro, 1993; Telarolli, 1996.

⁵³ Torres, 2002: 124.

lepra beneficiado pelo cuidadoso censo de doentes; o tratamento e prevenção; e as medidas educativas possibilitaram o êxito do combate à lepra na Noruega.⁵⁴

Contudo “os dados epidemiológicos que evidenciavam o declínio da endemia na Noruega foram apresentados à comunidade científica como sendo resultantes da adoção do isolamento compulsório”,⁵⁵ logo essa “distorção” do caso norueguês se tornou exemplo, pois os doentes seriam os únicos responsáveis pela transmissão e ao isolá-los evitaria a transmissão. O Segundo Congresso Internacional de Leprologia, realizado em Bergen, em 1909, confirmou essa política, além de recomendar a separação dos filhos e o exame periódico dos comunicantes (aqueles que mantinham algum contato com o doente). O Congresso seguinte, realizado em Strasburgo, em 1923, seguiu a mesma linha.

O Dr. Azevedo Lima, diretor clínico do Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro⁵⁶ – instituição criada foi criado no século XVIII e administrado pela Irmandade da Candelária. Até o início do século XX, não obstante a criação da DGSP, era o fato mais relevante em relação à lepra⁵⁷ – enviou a Berlim um trabalho que não foi publicado nos anais do colóquio. Neste texto explicava que não obtivera sucesso nas tentativas de cultura – até então, ninguém conseguira cultivar o bacilo – no laboratório bacteriológico do Hospital dos Lázaros, mas, devido à comprovada transmissibilidade do micróbio descoberto por Hansen, o isolamento seria a melhor opção de combate à doença, conjugado com educação sanitária, vigilância médica e outras medidas de higiene. Entre elas, Azevedo Lima incluía a proibição de casamentos envolvendo as vítimas do mal de Hansen e separação das crianças nas famílias vitimadas pela doença e a criação de um registro estatístico dos enfermos. Interessante ressaltar que essas medidas foram comumente defendidas pelos médicos ao longo do período estudado.

A cura das vítimas do mal de Hansen era ainda uma meta “irrealizável”; só começaria a se tornar viável na década de 1940 através do tratamento quimioterápico

⁵⁴ Torres, 2002: 122-126

⁵⁵ Monteiro, 1995: 124.

⁵⁶ Maiores informações, ver: Smith III, 2003.

⁵⁷ Souza-Araujo, 1956.

específico através das sulfonas.⁵⁸ Antes disso, encontram-se na imprensa médica registros de experiências com uma gama variada de possíveis remédios,⁵⁹ tais como o assacu (substância conhecida como *Hura Brasiliensis* e original do Pará),⁶⁰ as águas termais, o guano,⁶¹ a manteiga de antimônio⁶² e o suco da folha de fumo (*Nicotiana tabacum*).⁶³

Mesmo após o advento da bacteriologia não se conseguiu o tratamento esperado, entre outras razões, por não se conseguir cultivar o bacilo *in vitro*, como foi dito acima. Até meados da década de 1940, o principal remédio foi o óleo de chalmugra, substância extraída de sementes de plantas nativas da região indo-malaia. “No Japão e na Índia, eram usadas muitos séculos antes do XIX, quando os ingleses importaram este conhecimento para a medicina acadêmica européia, que se encarregou de difundi-lo por todas as suas províncias”.⁶⁴ O óleo:

“tinha a consistência de manteiga ou vaselina, cheiro nauseante e sabor muito desagradável. Por via oral, costumava ser ingerido junto com chá ou rum para disfarçar o gosto, ou em cápsulas que continham o equivalente a dez gotas cada. Esta era a dose inicial recomendada, que devia aumentar progressivamente, até as cem gotas diárias.”⁶⁵

⁵⁸ “A descoberta da dapsona (4,4 diamino-difenil-sulfona) tornou-a o medicamento de eleição para a doença, devido ao seu baixo custo, facilidade de administração e baixa frequência de efeitos colaterais. Com o passar dos anos, novos medicamentos foram descobertos e testados, alguns mostrando-se eficazes. A partir dos anos 70, com a descoberta de casos de resistência à dapsona na África e na Ásia, conclui-se que seria necessária a associação de duas ou mais drogas para combater a resistência bacteriana.” In: Vianna, 1998: 248.

⁵⁹ Maiores informações, ver: Santos, 2003.

⁶⁰ Malcher, 1848; Pitta 1848.

⁶¹ Gama, 1847.

⁶² “Cura de elefantíase dos gregos por meio da manteiga de antimônia”. In: *Arquivo Médico Brasileiro*, t. I, n. 7, 1845.

⁶³ Raposo, 1848.

⁶⁴ Benchimol; Sá; Cruz; Andrade, 2003: 364.

⁶⁵ Benchimol; Sá; Cruz; Andrade, 2003: 365.

Além de ser ingerido, poderia “ser injetado nos músculos, na dose de 5cc, de cinco em cinco dias, mas era irritante para os tecidos, formando nódulos”.⁶⁶ O chalmugra também era aplicado externamente através de pomadas e emplastos.

O Regulamento Sanitário de setembro de 1902, promulgado no governo de Rodrigues Alves, estabeleceu a notificação compulsória de várias doenças, entre elas a lepra, sendo esta a primeira referência oficial à enfermidade na República.⁶⁷

A reforma sanitária proposta por Oswaldo Cruz em março de 1904 incluía as “Instruções particulares relativas a cada uma das moléstias de notificação compulsória”, com dados sobre etiologia delas, inclusive a lepra, fazendo-se menção, neste caso, ao isolamento de suas vítimas numa colônia a ser criada na Ilha Grande, litoral fluminense.⁶⁸

A profilaxia das doenças contempladas por essas “Instruções” compreendia o isolamento do doente, a desinfecção e a vigilância médica. Em relação à lepra, recomendava-se o isolamento domiciliar, caso não houvesse ainda colônias apropriadas, com acompanhamento realizado por profissionais especializados.

Sobre a questão do isolamento em colônias ou hospitais observou Oswaldo Cruz:

“A hospitalização do leproso não é cousa exequível como medida profilática. A lepra é moléstia de longa duração, mata lentamente, mutilando aos poucos o indivíduo, deformando-o, e isto em decurso moroso, de 1 a 4 decênios. No hospital, o leproso fica entregue á sua fatalidade, tratado como doentes, improdutivo, tendo como preocupação exclusiva a moléstia que o infelicitava e os governos ver-se-iam sobrecarregados de colossal despesa”⁶⁹

⁶⁶ Benchimol; Sá; Cruz; Andrade, 2003: 365.

⁶⁷ Souza- Araujo, 1956.

⁶⁸ O isolamento insular foi realizado durante o século XIX com caráter provisório na Baía de Guanabara, para abrigar doentes enquanto eram realizadas obras no Hospital dos Lázaros. Maiores informações, ver: Benchimol & Sá, 2004.

⁶⁹ CRUZ, Oswaldo. “Uma questão de higiene social: lepra”. In: *O Imparcial*, 3 de julho de 1913. Número 211. Apud. Souza-Araujo, 1956: 117-118.

No final do século XIX, serviam de modelo para os defensores desta prática as primeiras colônias leprosas insulares do mundo, principalmente aquela implantada na ilha de Molokai pelo Conselho de Saúde do Reino de Havaí. Em 1865, foi criado um hospital em Honolulu para os casos mais simples, transferindo-se compulsoriamente os mais graves para Molokai, inaugurado no ano seguinte.⁷⁰

Em 1890, Adolpho Lutz iniciou suas atividades de leprologista neste arquipélago, período que aprofundou os estudos sobre a transmissão da lepra por mosquitos, além de considerar o isolamento pouco eficaz no combate a lepra, por considerá-la pouco contagiosa. Sustentou esta tese até o final da vida, mesmo diante dos poucos dados experimentais.⁷¹

O isolamento das vítimas do mal de Hansen em colônias e, especialmente, a construção de uma unidade na Ilha Grande (estado do Rio de Janeiro) continuou a ser defendida por Oswaldo Cruz mesmo após sua saída da DGSP em 1906, sendo a proposta endossada por estudos de médicos e pronunciamentos de políticos ao longo da década de 1910. Cruz assegurava que:

“A moléstia se transmite. O como, não o sabemos. Mas o leproso é, ao menos, um dos depósitos do vírus. Isto está aprovado. Dai a necessidade isolá-lo da comunidade. Que o isolamento é útil, que surte efeito seguro, já ficou demonstrado (...) A sequestração do morféctico só é prática quando feita nas *colônias de leprosos*. São instituições perfeitamente adequadas e onde o enfermo pode exercer toda a atividade que as suas forças permitem (...) Já bom numero de colônias leprosas existe pelo mundo afora. A sede delas é geralmente uma ilha (...) Existem, na Ilha Grande, lugares dos mais aprazíveis que possuímos, magníficas instalações que foram feitas para um grande Lazareto.⁷²

Na primeira década do século XX, as considerações relativas à lepra ficaram à sombra de outros problemas nacionais que tiveram repercussão muito maior, e em relação

⁷⁰ Maiores informações, ver: Benchimol & Sá, 2004.

⁷¹ Maiores informações, ver: Benchimol & Sá, 2004.

⁷² CRUZ, Oswaldo. “Uma questão de higiene social: lepra”. In: *O Imparcial*, 3 de julho de 1913. Número 211. Apud. Souza-Araujo, 1956: 117-118.

aos quais as medidas de saúde pública tiveram alcance prático efetivo. Contudo, a lepra foi objeto de interesse em alguns congressos médicos. O Dr. Mendes Tavares apresentou o texto “Contágio da Lepra” no 5º Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia realizado no Rio de Janeiro, nos dias 16 de junho e 2 de julho de 1903. Também nesta cidade ocorreu o 3º Congresso Científico Latino-Americano, entre 6 e 16 de agosto de 1905, no qual, o mesmo médico apresentou um relatório sobre a “Transmissibilidade da lepra e medidas de profilaxia tendentes a evitar a propagação do mal”.

No início deste século tiveram prioridade na agenda pública a febre amarela, o cólera, a peste bubônica e a varíola, sobretudo. Doenças venéreas, tuberculose e lepra não tiveram igual cobertura por não se manifestarem de forma epidêmica. Em meados dos anos 1910, essa correlação começou a se modificar. Precisamente em 1915, por iniciativa de Belmiro Valverde e de Juliano Moreira, a Associação Médico-Cirúrgica do Rio de Janeiro organizou a Comissão de Profilaxia da Lepra, que teve como presidente o então diretor da DGSP, Carlos Pinto Seidl. Seus membros foram Emilio Gomes, Alfredo Porto e Henrique Autran (Academia Nacional de Medicina); Eduardo Rabello, Werneck Machado e Guedes de Mello (Sociedade de Medicina e Cirurgia); Adolpho Lutz, Fernando Terra e Juliano Moreira (Sociedade Brasileira de Dermatologia); Sampaio Vianna, Silva Araújo filho e Oscar Dutra e Silva (Sociedade Médica dos Hospitais); Paulo Silva Araújo, Henrique Beaurepaire Rohan Aragão e Belmiro Valverde (Associação Médico-Cirúrgica).

Os trabalhos prolongaram-se até 1919, e entre as conclusões finais da comissão figurou o isolamento compulsório em instituições próprias, e o domiciliar, em casos específicos; a criação de colônias agrícolas com as condições apropriadas para a segregação das vítimas do mal de Hansen; medidas para impedir os casamentos envolvendo as vítimas da doença; a proibição da entrada no Brasil de imigrantes com lepra; o veto ao comércio de produtos industriais ou agrícolas manipulados por doentes (com exceção daqueles destinados ao consumo nas próprias colônias), assim como à oferta de trabalho a enfermos. Além de reafirmar a importância da notificação compulsória, a comissão recomendava ainda medidas para evitar o êxodo de doentes pelo país.⁷³

⁷³ Maiores informações, ver: Souza-Araujo, 1956: 123 -159.

No relatório concernente ao ano de 1918, o dr. Seidl propôs uma política nacional em relação à lepra, acatando essas diretrizes. Ele julgava fundamental que todas as unidades federativas tivessem seus leprosários para evitar os deslocamentos de doentes por todo o país, fato corrente no Brasil desde o período colonial. A cidade do Rio de Janeiro recebia lázaros de quase todos os estados.

No tocante à pesquisa sobre lepra e a relevância do Instituto Oswaldo Cruz, deve-se destacar a atuação do Dr. Heraclides César de Souza-Araujo. Ele nasceu em 24 de junho de 1886, no Paraná. Formou-se pela Escola de Farmácia de Ouro Preto em abril de 1912, e, no ano seguinte, inscreveu-se no Curso de Aplicação do Instituto Oswaldo Cruz. Entre 1913 e 1914, freqüentou cursos na Faculdade de Medicina da Universidade de Berlim. Retornando ao Brasil em 1915, tornou-se doutor em medicina pela Faculdade do Rio de Janeiro. Por ter sido aluno de Manguinhos antes disso, mantinha contato com o Oswaldo Cruz e outros pesquisadores de lá. Consta que numa audiência no Palácio do Catete com o então presidente Wenceslau Brás, em 24 de junho de 1918, Souza-Araujo propôs-lhe que incluísse a lepra entre as endemias rurais que passariam a ser combatidas pela União. O presidente ter-lhe-ia respondido: “Da lepra que cuidem os Estados”.⁷⁴

Nos encontros médico-acadêmicos a lepra era objeto de interesse crescente. Os estudos invariavelmente indicavam o isolamento como a principal medida de combate à doença, uma vez que seu portador era considerado como vetor de transmissão fundamental. A lepra foi objeto de 12 comunicações no VIII Congresso Médico Brasileiro, ocorrido na cidade do Rio de Janeiro de 12 a 20 de outubro de 1918. Durante esse colóquio, a capital foi atingida pela gripe espanhola, ocasionando a debandada dos participantes. Todas as atenções voltaram-se então para este problema de saúde, que desarmou a medicina científica mais avançada da época.⁷⁵

O mesmo decreto federal (n.º 3.987 - 2 de janeiro de 1920) que criou o Departamento Nacional de Saúde Pública deu origem, em seu âmbito, finalmente, à Inspeção de Lepra e Doenças Venéreas (regulamentado pelo decreto 14.354, de 15 de

⁷⁴ Souza-Araujo, 1956: 518.

⁷⁵ Em 8 meses, a gripe espanhola viajou o mundo, matando milhões de pessoas. No Rio de Janeiro, a epidemia causou a morte de “15 mil pessoas, levando para o leito, segundo as fontes, seiscentos mil cariocas – ou seja, cerca de 66% da população local” In: Goulart, 2005: p.6.

setembro de 1920) – ambos subordinados ao ministério da Justiça e Negócios Interiores - significando o reconhecimento desta doença como problema nacional, além de ser o primeiro órgão federal de controle da lepra.⁷⁶ A chefia da Inspeção ficou a cargo do dermato-sifilógrafo Eduardo Rabello,⁷⁷ que ficou responsável por estabelecer o regulamento do órgão, baseado na legislação de países que tinham alcançado resultados positivos no combate à endemias, sem perder de vista as especificidades brasileiras.

A lepra foi mantida entre as enfermidades de notificação compulsória pelo regulamento sanitário da Inspeção. As funções deste órgão eram a realização do censo, o estudo dos casos encontrados, a distribuição de remédios e o planejamento para instalação das colônias. Estavam afinadas com Conferências Internacionais de Lepra que recomendavam a vigilância sanitária e o isolamento (domiciliar ou nosocomial). O isolamento domiciliar era uma prática utilizada somente nos casos de doentes que tinham condições financeiras para manter o tratamento segundo as normas de saúde, e sob vigilância sanitária. Este tipo de isolamento foi muito criticado por parte da classe médica, principalmente pela chance de aumentar o número de comunicantes (aqueles que conviviam com a vítima do mal de Hansen e que poderiam adquirir ou transmitir a doença).

Entre 1920 e 1924, 17 estados realizaram acordos com o governo federal visando atuar no saneamento rural e no combate às doenças, todos incluíam a lepra, a sífilis e às doenças venéreas.⁷⁸ As ações eram realizadas através do Serviço de Profilaxia Rural de cada unidade federativa. Segundo Hochman, nesse período, esses serviços “estavam espalhados pelo país, e os próprios estados começavam a organizar seus departamentos e serviços de saúde e saneamento e a formar profissionais especializados para trabalhar nesses serviços”.⁷⁹

⁷⁶ Carrara, 1996.

⁷⁷ Considerado um dos principais sifilógrafos brasileiros, Rabello chefiava o Serviço de Doenças de Pele e Sífilis da Policlínica Geral de Botafogo, criada em 1904. Fora também um dos fundadores e presidente da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, além de Professor da cátedra de doenças de pele e sífilis da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Até sua morte, em 1940, participou ativamente das discussões sobre doenças venéreas e sífilis. Maiores informações, ver: Carrara, 1996.

⁷⁸ Hochman, 1998.

⁷⁹ Hochman, 2001: 132.

O governo paraense foi o primeiro a firmar acordo com a União, ainda em dezembro de 1920. Entre as premissas iniciais estava a construção do lazarápolis do Prata, nas proximidades de Belém, que foi inaugurado em junho de 1924. Foi a primeira colônia inaugurada segundo as recomendações da Inspetoria.⁸⁰ Em 1921, foi inaugurado o Serviço de Profilaxia Rural no Pará, coordenado pelo Dr. Heraclides César de Souza-Araujo; logo em seguida, ele inaugurou o primeiro dispensário do Brasil, “fundado no mesmo ano em que Ernest Muir fundava, em Calcutá, o primeiro dispensário da Índia”.⁸¹

Ainda neste ano, logo depois de assumir as atividades de assistente no IOC, aceitou uma bolsa concedida pela Fundação Rockefeller. Essa fundação norte-americana e o governo brasileiro o incumbiram de viajar pelo mundo para fazer um balanço da distribuição da lepra assim como das instituições criadas para dar combate a ela. Souza-Araujo voltou ao Brasil em março de 1927, e, por recomendação do então diretor do IOC, Carlos Chagas, assumiu a chefia do Laboratório de Leprologia, “onde vários técnicos nacionais e estrangeiros fizeram estágio (e donde saíram já mais de 100 trabalhos)”.⁸² Naquele mesmo ano, o ensino de leprologia foi incluído no programa do Curso de Aplicação do Instituto Oswaldo Cruz; a disciplina intensiva, com carga de 100 horas, passou a ser ministrada pelo próprio Souza-Araujo. Seus estudos levaram-no à conclusão de que, em 1924, havia no Brasil 9.003 leprosos “fichados”, 1.963 hospitalizados e um total de cerca de 24.000 doentes.⁸³

O serviço estadual de combate à lepra no Espírito Santo foi implantado com a criação da Inspetoria de Lepra na segunda metade da década de 1920,⁸⁴ subordinado à Diretoria de Higiene capixaba, e chefiado pelo Dr. Pedro Fontes. Foram realizados nesse

⁸⁰ Maiores informações sobre o armamento anti-leproso, ver: Santos, 2003.

⁸¹ Ernest Muir foi um importante médico colonial do império britânico que atuou principalmente na Índia. No início do século XX era considerado um dos maiores especialistas do mundo em lepra (Souza-Araujo, 1956: 519).

⁸² Souza-Araujo, 1956: 521.

⁸³ Souza-Araujo, 1956: 519.

⁸⁴ Fontes, Pedro. *Serviço de Lepra no Espírito Santo – Colônia de Itanhenga*. Vitória, 18 de fevereiro de 1936. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

estado o recenseamento de doentes, a construção de dispensários e do leprosário da Ilha da Pólvora, situado na baía de Vitória.⁸⁵

Uma das medidas do Serviço de Profilaxia Rural no combate à lepra era a indicação do terreno onde poderia ser instalado o futuro leprosário daquela unidade federativa, sendo interessante ressaltar que muitas das instituições construídas na Era Vargas localizavam-se nos locais recomendados por pareceres da Primeira República.⁸⁶

No caso da lepra, o financiamento coube em grande parte à filantropia. Ela atuou mais fortemente na cidade do Rio de Janeiro, mas práticas semelhantes foram implementadas em todo o país através das Sociedades de Assistência aos Lázarus que tiveram importante atuação ao longo da Primeira República. O dinheiro proveniente de pessoas físicas e jurídicas foi essencial para a realização de projetos que o Estado não teve condições de bancar sozinho⁸⁷ ou por falta de necessária vontade política. A criação e manutenção dos preventórios (instituições que cuidavam dos órfãos sadios provenientes de famílias com casos de lepra) ficou a cargo dessas Sociedades. Como irei desenvolver no próximo capítulo, a relação entre políticas de saúde pública e ação filantrópica de combate à lepra atingiria seu ápice no período varguista, mais especificamente na gestão ministerial de Gustavo Capanema.

Nesse período a lepra foi alvo de um intenso e prolongado debate sobre isolamento de doentes e proibição de seu trânsito no território brasileiro. No final da década de 1920, havia duas soluções em pauta: a primeira seria a construção de um grande leprosário, com capacidade para receber todos os enfermos do país, semelhante ao que foi feito nas imediações de New Orleans (Luisiana, EUA) que isolou doentes numa única instituição central - leprosaria de Carville -,⁸⁸ sendo sugerida a Ilha Grande como o local mais adequado; a segunda opção, que acabou sendo implementada antes e durante o Regime Vargas, seria a construção de diversos hospitais então denominados colônias em todas as

⁸⁵ Entre 1944 e 1954, funcionou nessas instalações, o Hospício de Alienados da Ilha da Pólvora, fechado após a inauguração do hospício estadual, o Hospital Colônia Aduauto Botelho, no município de Cariacica, vizinho à Vitória. Maiores informações sobre esse assunto, ver: Jabert, 2001.

⁸⁶ Nos anexos deste trabalho apresento fotografias sobre os leprosários construídos ou reformados ao longo do regime varguista.

⁸⁷ Sanglard, 2005.

⁸⁸ Maiores informações, ver: White, 2003.

unidades federativas, destinados ao isolamento das vítimas do mal de Hansen, seguindo o modelo norueguês.

1.3- A reforma sanitária em São Paulo e o combate à lepra.

A partir do último quarto do século XIX, o desenvolvimento econômico da província de São Paulo, motivado principalmente pela expansão cafeeira, contribuiu para o crescimento urbano e populacional, impulsionado pela chegada de imigrantes para a cafeicultura, a ampliação das atividades fabris e terciárias, e o fortalecimento de uma “burguesia cafeeira”, que investiu na produção agrícola e em outros setores da economia como as fábricas e as ferrovias. Os problemas com a estrutura urbana e a saúde pública agravaram-se no mesmo período. As epidemias tornaram-se grave problema tanto na capital do estado e no porto de Santos como em prósperos núcleos urbanos do interior, onde a assistência médica se restringia a hospitais religiosos e consultórios privados. Para enfrentar a crise sanitária na virada do século XIX para o XX, o governo estadual colocou em prática medidas que serviriam de modelo a decisões adotadas posteriormente pelo governo federal.

A solução encontrada pelo poder público foi uma reforma sanitária que centralizou os serviços de saúde e tornou mais rigoroso o controle da imigração, viabilizando ações permanentes no campo da saúde. Em 1892 foi criado o Serviço Sanitário do Estado de São Paulo para elaborar e implementar os programas de combate às diversas epidemias. Dois anos depois, produzia-se em São Paulo o primeiro código sanitário brasileiro, e, em 1896, a administração estadual passou a intervir nos municípios em momentos de epidemia. As engrenagens principais do sistema de saúde eram então os institutos Bacteriológico, Vacinogênico, Butantan, o Farmacêutico e o de Análises Clínicas. De 1896 a 1917, o cargo de diretor do Serviço Sanitário Estadual foi ocupado por Emílio Ribas, e em sua gestão houve gradual centralização das ações de saúde nas mãos do governo paulista.

Durante a I Guerra Mundial, decresceu a imigração, possibilitando assim a valorização da força de trabalho existente no país em concomitância com o recuo das resistências localistas que se opunham aos planos estaduais de combate as endemias. Nesta conjuntura, foram iniciadas as primeiras ações contra doenças que grassavam nas zonas rurais.

Na seção de Dermatologia e Sifilografia do VI Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia, realizado em São Paulo, em setembro de 1907, foi apresentada uma moção aos governos federal e estaduais propondo medidas de profilaxia da lepra, sobressaindo entre elas o isolamento das vítimas do mal de Hansen em colônias agrícolas, a notificação compulsória e a separação dos filhos dos doentes em orfanatos públicos. Esta última medida seria aplicada pelas Sociedades de Assistência aos Lázaros, mas é interessante constatar que já figurava como uma das medidas de combate a lepra no

início do século XX. Ainda nesse congresso, o Dr. Nicolau Vergueiro apresentou “Meu método de tratamento da lepra”, no qual apontou seus experimentos realizados no Hospital dos Lázaros do Guapira, localizado no bairro de Jaçanã, na capital paulista.

Em dezembro de 1916, a Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo e outras instituições locais de pesquisa e ensino organizaram o I Primeiro Congresso Médico Paulista, enquanto na Capital Federal transcorriam os debates suscitados pela Comissão de Profilaxia da Lepra. Na conferência que Emilio Ribas⁸⁹ proferiu no congresso paulista, ele abordou a repercussão do debate entre contagionistas e anti-contagionistas⁹⁰ no que se refere à herança versus o contágio da lepra. Ribas admitia que a medicina e a ciência não tinha chegado ainda a conhecimentos seguros que permitissem a eliminação do mal, e por isso mesmo recomendava o isolamento dos doentes. Por se tratar de doença que requeria segregação por muitos anos, a melhor opção seriam leprosários operando como pequenas cidades, com boas instalações e localização geográfica adequada, de modo a evitar a idéia de degredo do doente.

Mas esta concepção não se coadunava com a utilização de ilhas. Para Ribas, a melhor forma de se evitar o contágio eram as medidas de higiene e não o isolamento insular. Neste ponto, percebe-se sua divergência com Oswaldo Cruz, que propusera a construção de um grande leprosário nacional na Ilha Grande.⁹¹ Ribas argumentava que os exemplos bem sucedidos no mundo situavam-se no continente, e mencionava inclusive o malogro da experiência do Hawaii⁹² - Seguindo esta linha de raciocínio, apresentou parecer contrário à construção de uma colônia insular em São Paulo, entre Santos e Ubatuba.⁹³

Na gestão de Clementino Fraga - diretor do DNSP entre 1926 e 1930, verificou-se que:

“metade dos leprosos da Capital Federal não era ali domiciliada, aumentando os custos e os riscos para a população local. Em geral, eram provenientes de estados vizinhos, que não haviam cumprido a determinação do regulamento

⁸⁹ RIBAS, E. *A lepra – sua freqüência no Estado de São Paulo – Meios profiláticos aconselháveis*. In: Annaes do I Congresso Médico Paulista, dezembro de 1916, vol 1, pp. 145-172. Apud. Souza-Araujo, 1956: 161-75.

⁹⁰ Acerca deste debate que marcou a discussão do saber médico-científico e contribuiu para definir políticas de saúde pública, ver Ackerknecht, 1948.

⁹¹ Maiores informações, ver: CRUZ, Oswaldo. “Uma questão de higiene social: lepra”. In: *O Imparcial*, 3 de julho de 1913. Número 211. Apud. Souza-Araujo, 1956: 117-118.

⁹² O modelo havaiano não teve êxito devido à distância de grandes centros e aos interesses conflitantes entre elites locais e os defensores dos projetos sanitários. Mais informações, ver Benchimol & Sá, 2004.

⁹³ Maiores informações, ver: RIBAS, E. *A lepra – sua freqüência no Estado de São Paulo – Meios profiláticos aconselháveis*. In: Annaes do I Congresso Médico Paulista, dezembro de 1916, vol 1, pp. 145-172. Apud. Souza-Araujo, 1956: 171.

sanitário segundo a qual doentes não poderiam ser transferidos de localidade, sem autorização das autoridades sanitárias de seu destino”.⁹⁴

Esta informação revela-nos uma das principais características da interdependência. As migrações de doentes pelos diversos estados desorganizavam a saúde pública nacional, e assim, para Ribas, a solução seria os estados construírem instalações que dessem conta localmente do problema. O “nomadismo” praticado pelos doentes que faziam acampamentos nas periferias e nas vias de acesso das cidades.⁹⁵ Como destaca Monteiro, “o aumento da endemia se evidenciava à população pela quantidade de grupos de doentes que viviam de forma itinerante pelas estradas”,⁹⁶ o mesmo acontecia na cidade de São Paulo, nos bairros que tinham hospitais para morféticos.

O combate à lepra seria realizado através da cooperação entre os governos municipais e o estadual. Ao governo federal, caberia controlar a entrada de novos enfermos pelos portos e fronteiras. A interdependência entre os Estados e a posição destacada de São Paulo no pacto federativo ficam evidentes neste trecho da Conferência de Ribas:

“Ação combinada de todos os Estados não só porque não é justo que as instalações feitas por um determinado Estado, de acordo com as suas necessidades, fiquem logo excedidas em sua lotação pelo afluxo de leprosos procedentes do exterior do seu território, como também porque a ação simultânea dos Estados implica em garantir o credito sanitário do nosso país, diminuindo os perigos de novas contaminações. (...) Cada Estado deve, pois, providenciar sobre o isolamento dos doentes residentes na sua zona”.⁹⁷

Os médicos Mário Mourão, Campos Seabra, Heraclides César de Souza-Araujo e Oswaldo Portugal⁹⁸ corroboraram a tese do isolamento compulsório no I Congresso Médico Paulista (1916). Embora esse ponto fosse consensual, havia discordâncias

⁹⁴ Hochman, 1998: 153-154.

⁹⁵ *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

⁹⁶ Monteiro, 1995: 110.

⁹⁷ RIBAS, E. *A lepra – sua freqüência no Estado de São Paulo – Meios profiláticos aconselháveis*. In: Annaes do I Congresso Médico Paulista, dezembro de 1916, vol 1, pp. 145-172. Apud. Souza-Araujo, 1956: 173.

⁹⁸ Maiores informações sobre os temas debatidos neste congresso, ver: Souza, Araujo, 1956: 175-210.

quanto à instalação de colônias insulares ou continentais, além do quanto cada município paulista deveria contribuir para o combate à lepra, seja através do diagnóstico e recenseamento de doentes, seja pela instalação de leprosários regionais.

Arthur Neiva, que era então diretor do Serviço Sanitário de São Paulo (1917-1920), buscou expandir os serviços para o interior através do Serviço Geral de Profilaxia e do código sanitário rural. Embora estas ações tenham enfrentado oposição das elites locais, posteriormente elas apoiaram as obras de saneamento rural em virtude dos benefícios que lhes proporcionavam, e assim se consolidou o poder estadual com a aprovação de lideranças municipais e regionais.

A direção do Serviço Sanitário foi ocupada por Geraldo Paula Souza entre 1922 e 1927. No mesmo ano, ele apresentou as seguintes propostas para a reforma do órgão: instituição de um conselho sanitário; reorganização dos laboratórios; cursos especializados para médicos e enfermeiras; campanhas mais eficazes contra algumas doenças infecciosas; especialização de profissionais de saúde em universidades estrangeiras; novo prédio para hospital de isolamento; disseminação de postos de saúde pelas zonas endêmicas; e ampliação dos serviços de higiene rural com a criação de um departamento específico. Paula Souza dava ênfase aos serviços locais permanentes com base numa visão mais holística e integrada do problema: cada posto de saúde deveria funcionar como um pequeno departamento capaz de assegurar ação contínua, inclusive no plano da educação sanitária, e, assim, manter os benefícios atingidos com as campanhas sanitárias.

Em 1924, foi criado o *Serviço Oficial de Profilaxia da Lepra* em São Paulo. No ano seguinte, foi apresentada ao legislativo, a Reforma do Serviço Sanitário, também conhecida como Reforma Paula Souza. Entre as medidas propostas transformou o Serviço de Profilaxia da Lepra em a Inspeção de Profilaxia da Lepra, efetivamente criado em julho de 1925. Este órgão subordinado ao Serviço Sanitário, que por sua vez, era vinculado à Secretária do Interior, sistematizou as políticas de combate no território paulista.

Havia divergências entre as autoridades médicas locais em relação à política isolacionista dos doentes. Somente quando Aguiar Pupo - professor de Clínica Dermatológica e Sifiligráfica na Faculdade de Medicina de São Paulo, e defensor do isolamento compulsório - assumiu a direção da Inspeção de Profilaxia da Lepra, no governo estadual de Julio Prestes (1926-1930), foi possível priorizar o isolamento

compulsório dos doentes, mas as antigas instituições hospitalares não comportavam tal política. Em 1928, foi inaugurada a Colônia Santo Ângelo,⁹⁹ em Mogi das Cruzes. Ela passou a representar o modelo para as demais colônias de São Paulo, as quais, “por sua vez, influenciariam as instituições congêneres no Brasil”.¹⁰⁰

Como destaca Monteiro, “o projeto do Santo Ângelo é o projeto de uma cidade, ou melhor, de um mundo à parte, com toda a sua complexidade, contendo inclusive conceitos de hierarquia, disciplina, trabalho e moralidade”.¹⁰¹ Gradualmente, os internos do Asilo do Guapira (antiga instituição localizada na capital paulista) foram transferidos para o Santo Ângelo. Ainda na gestão de Aguiar Pupo, foram iniciadas as obras dos leprosários no interior de São Paulo, mas só inaugurados após a Revolução de 1930.¹⁰²

Outra medida importante da gestão de Pupo, foi a criação das seis Inspetorias Regionais com sede nas Delegacias Regionais de Saúde, localizadas em Campinas, Ribeirão Preto, Santos, São Carlos, Botucatu e Guaratinguetá. Esses órgãos eram responsáveis pelo combate à lepra nas suas jurisdições, mas a centralização era tanta que as informações “eram armazenadas num único arquivo localizado na cidade de São Paulo (...) não apenas dispunha de um dossiê completo sobre cada um dos doentes, como também das pessoas suspeitas de estarem infectadas, e de todos aqueles denominados “comunicantes””.¹⁰³

O modelo paulista de combate à lepra, do isolamento compulsório, teve sua estruturação ratificada pela lei 2.416 de 31 de dezembro de 1929, pois:

⁹⁹ Abordo o projeto de construção do Santo Ângelo no capítulo 2, deste trabalho.

¹⁰⁰ Monteiro, 1995: 108.

¹⁰¹ Monteiro, 1995: 108.

¹⁰² A colônia de Santo Ângelo foi inaugurada em 1928, em 1937 tinha 780 internos; o asilo-colônia Pirapitingui, localizado entre as cidades de Itu e Sorocaba, foi inaugurado em outubro de 1931, seis anos depois, tinha 2.005 internos; o sanatório Padre Bento, inaugurado em junho de 1931, tinha 671 doentes internados no final de 1937 - localizado junto da estrada entre São Paulo e Guarulhos; o asilo-colônia de Cocais, próximo a Casa Branca, foi inaugurado em abril de 1932, cinco anos depois tinha 1468 doentes; e o asilo-colônia Aimorés, próximo de Bauru, foi inaugurado em abril de 1933, em 1937 tinha 896 internos. Informações contidas no Relatório do *Departamento de Profilaxia da Lepra em São Paulo*. São Paulo, 1939. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

¹⁰³ Comunicantes, eram as pessoas que tinham contato com o doente, inclusive, todos os membros da família. Monteiro, 1995: 164.

“O texto dividi-se em duas partes; a primeira, denominada “Da profilaxia da lepra”, normatiza inteiramente a vida da pessoa a ser asilada, desde o momento do diagnóstico até a sua morte, e ainda dispõe sobre os comunicantes. Na segunda parte, denominada “Da organização e pessoal de Serviço”, tem-se a estruturação interna da Inspeção de Profilaxia da Lepra, sua estrutura funcional, atribuições e competência”.¹⁰⁴

O “modelo paulista” defendia o isolamento compulsório de todos os leprosos. Como destaca Monteiro, “os outros Estados da Federação optavam por um modelo mais “brando””.¹⁰⁵ Esse modelo que começou a ser implementado em São Paulo na década de 1920, teve sua forma consolidada na gestão de Salles Gomes no órgão de combate à lepra durante toda a Era Vargas.

Nesse capítulo, apresentei um panorama da saúde pública e a inserção da lepra nessa problemática. A Primeira República foi considerada como momento que as políticas estavam sendo discutidas, muitas vezes as opiniões contrárias evidenciavam que não havia consenso entre a classe médica e os grupos dominantes. Como mostrei, a situação paulista foi diferente, e nesse estado, ocorreu à definição de políticas centralizadoras que serviriam de exemplo para a ação do Ministério da Educação e Saúde durante a Era Vargas, que falarei no capítulo 3 deste trabalho. Ainda, originalmente em São Paulo, tivemos o importante engajamento das entidades filantrópicas no combate à lepra que pouco a pouco tomou amplitude nacional. Este é o tema do próximo capítulo.

¹⁰⁴ Monteiro, 1995: 164.

¹⁰⁵ Monteiro, 1995: 165.

Capítulo II – Filantropia, poder público e combate à lepra (1920-1945)

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

(Alice Tibiriçá)

“A Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra, atendendo ao apelo do então ministro de Educação e Saúde, Dr. Gustavo Capanema, começou uma intensa campanha social, educativa e financeira em todos os Estados do Brasil, afim de levantar renda para construir Preventórios modernos para receber crianças ao mesmo tempo que arregimentava uma nova consciência social. Começou a Federação a coordenar pessoas de boa vontade em todos os Estados e formar, sobretudo, um corpo de doutrina que fosse capaz de trazer uma consciência contra a lepra e a favor do lázaro em todo o país, colocando-se ao lado do Governo nessa importante obra de redenção nacional”.

(Eunice Weaver)

Neste capítulo abordo a relação entre filantropia e combate à lepra. Apresento alguns apontamentos da tradição filantrópica no Brasil, que pode ser encontrada desde o período colonial e no Império. A Primeira República (1889-1930) trouxe mudanças significativas para o debate da saúde. Considero a criação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra na década de 1920 como marco nas relações entre as entidades assistenciais e os poderes públicos. Inicialmente, aquelas entidades mantiveram autonomia decisória, mas suas diretrizes mudaram a partir do momento que estabeleceram relações mais próximas com o Ministério da Educação e Saúde, na gestão de Gustavo Capanema (1934-1945).

2.1 - Filantropia e lepra no Brasil: alguns apontamentos.

Na Europa, no período medieval, as ações de caridade eram praticadas principalmente por hospitais da misericórdia e outras instituições mantidas por ordens religiosas. As leprosarias deveriam ficar próximas das cidades, por ser mais fácil o controle e a assistência, afinal:

“A sociedade medieval tem necessidade desses parias, afastados porque perigosos, mas visíveis, pois ela forja, mediante os cuidados que lhes dedica, a sua boa consciência e, ainda mais, projeta e fixa magicamente neles todos os males que de si afasta”.¹⁰⁶

Os primeiros hospitais para leprosos na Espanha datam do século IX. Após o século XV, o governo real assumiu a responsabilidade por construí-los, mas a administração ficava a cargo das ordens religiosas, adotando-se o mesmo procedimento na América. Aí, o primeiro hospital para leprosos foi construído no México, em 1528, e até o século XVIII

¹⁰⁶ Le Goff, 1994: 77.

surgiram instituições semelhantes em várias regiões do império colonial espanhol.¹⁰⁷ A intenção asilar nessa época seguia o mesmo intuito do medieval:

“no era extinguir la enfermedad, sino mantenerla a distancia; y como en ese caso, los leprosos mantenían un contrato implícito con la sociedad: detentaban el privilegio de ser alimentados por la caridad pública, sólo bajo la aceptación de la coerción moral y física del confinamiento. Este propósito de ocultación resultaba claro para los enfermos y para sus benefactores”.¹⁰⁸

O objetivo era retirar os leprosos da convivência social com o auxílio da caridade privada, de forte influência das ordens religiosas que administravam os hospitais dos lázaros. Eram mantidos pela filantropia, como a Junta de Beneficencia y la Sociedad de San Lázaro, entidade criada na Colômbia por leigos para assessorar os residentes nesses hospitais.¹⁰⁹

Como bem assinala Sanglard,¹¹⁰ as ações pias de irmandades e ordens terceiras, inerentes à tradição portuguesa de assistência, foram estendidas às suas possessões coloniais, inclusive o Brasil. As atividades filantrópicas no Brasil poderiam ser identificadas na assistência social aos doentes mentais¹¹¹ e a infância¹¹². Dentre os hospitais voltados ao tratamento do doente do mal de Hansen construídos nos séculos XVIII e XIX, por iniciativa de irmandades e ordens terceiras, cito o Hospital dos Lázaros na cidade do Rio de Janeiro; o Hospital D. Rodrigo de Menezes, em Salvador; o Hospital dos Lázaros de Recife; o Hospital da Luz em São Paulo; o Hospital de Tocunduba em Belém; o Hospital São João dos Lázaros na região de Cuiabá e o Hospital dos Lázaros de Sabará.¹¹³

¹⁰⁷ Torres, 2002: 73.

¹⁰⁸ Torres, 2002: 109.

¹⁰⁹ Torres, 2002: 184.

¹¹⁰ Sanglard, 2005: 31.

¹¹¹ Maiores informações ver: Jabert, 2001.

¹¹² Maiores informações ver: Pinheiro, 2003.

¹¹³ Souza-Araujo, 1946.

No período imperial, o Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro era administrado pela irmandade do Santíssimo Sacramento da Freguesia da Candelária, mas recebia verba do Ministério da Fazenda, o que evidencia a participação do Estado já então nas ações de combate à lepra. Entre as Despesas Sociais havia no item Saúde e Saneamento o destino de recursos para hospitais.¹¹⁴ Em correspondência de março de 1838, trocada entre o ministro Bernardo Pereira de Vasconcelos e Domingos Ribeiro dos Guimarães Peixoto, membro da junta administrativa do Hospital, discute-se a necessidade de reformas no Hospital, especialmente, “murar-se todo ele, afim de evitar-se que os enfermos se evadam continuamente, como tem acontecido, para se irem embriagar nas tavernas vizinhas, e trazerem delas para o Hospital bebidas espirituosas”.¹¹⁵

2.2- Primeira República e as Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra

A crise do Império e Proclamação da República (1889) não trouxeram grandes mudanças no combate à lepra,¹¹⁶ inclusive nas instituições mantidas pelas ordens religiosas conjugadas com a filantropia. Como destaca Monteiro, até as primeiras décadas do século XX, os estabelecimentos asilares eram destinados:

“a proteger a sociedade sadia do perigo representado pelos doentes; destinavam-se ao recolhimento e à assistência de todos aqueles que fossem identificados como “leprosos” (...) não implicava necessariamente na existência de serviços que se destinassem à melhoria das condições de saúde do paciente”.¹¹⁷

¹¹⁴ Carvalho, 1996: 396.

¹¹⁵ Biblioteca Nacional – Setor de Manuscritos. Ref. I – 28,4,86

¹¹⁶ Sobre este assunto, ver o primeiro capítulo.

¹¹⁷ Monteiro, 1995: 83.

A construção e manutenção dos hospitais e asilos dependiam do dinheiro arrecadado através de campanhas filantrópicas, mas esse tipo de atuação não se mostrava capaz de “gerar recursos regulares, indispensáveis para a manutenção dos mesmos”.¹¹⁸

Nos primeiros anos do século XX, entraram em cena entidades filantrópicas laicas aliadas ao processo de medicalização dos hospitais.¹¹⁹ Tais entidades impuseram-se como canal possível de participação política e social para as mulheres em vários outros países, não só no Brasil.¹²⁰ Sua atuação foi pouco estudada pela historiografia brasileira, tanto no que concerne ao papel que desempenharam na formação de políticas públicas de saúde, como no tocante aos movimentos sociais protagonizados por mulheres – O papel das lideranças femininas, oriundas da ‘elite’, foi fundamental na implementação das políticas filantrópicas de combate à lepra.

A primeira instituição voltada para a assistência dos lázaros foi a Associação Protetora dos Morféticos, fundada em São Paulo no dia 27 de maio de 1917, sob a presidência de Mathilde Macedo Soares. A entidade tinha por objetivo “auxiliar, quanto possível, e na medida que for desejada, a administrar a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, na assistência material e espiritual dos morféticos por ela hospitalizados”.¹²¹

O crescimento de casos de lepra em São Paulo e as péssimas condições das antigas instituições¹²² motivaram a Associação a idealizar a construção de um leprosário modelo, a ser entregue à Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. A Associação teve apoio de D. Duarte Leopoldo e Silva, então Arcebispo de São Paulo, e da Liga das Senhoras Católicas, que conseguiram arrecadar fundos para o início das obras que resultariam no já

¹¹⁸ Monteiro, 1995: 95.

¹¹⁹ O desenvolvimento das faculdades de medicina e a criação dos centros de pesquisa - Institutos Bacteriológico (1892), Butantã (1901) e Soroterápico Federal (1900) contribuíram para este processo em andamento desde o século XIX. Maiores informações, ver: Sanglard, 2005: 39-46.

¹²⁰ Mott, 2003.

¹²¹ Projeto da Leprosaria Modelo nos Campos de Santo Ângelo: Estado de São Paulo. Adelardo Soares Caiuby (construtor e arquiteto) – Prefácio de Artur Neiva (Diretor Geral do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo). 1918, p. 5.

¹²² Como dissemos, a cidade de São Paulo tinha o Hospital da Luz fundado no primeiro quartel do século XIX. Por estar localizado muito próximo do crescente bairro da Luz, foi fechado no início do século seguinte, quando foi inaugurado o Hospital do Guapira, no bairro de Jaçanã, em 1904. (Monteiro, 1995: 85-90)

mencionado leprosário Santo Ângelo,¹²³ o qual receberia os internos do hospital do Guapira.¹²⁴

A elaboração do projeto ficou a cargo do arquiteto Adelardo Soares Caiuby, que, segundo Monteiro, contou com a assessoria de Emilio Ribas e Artur Neiva.¹²⁵ O plano arquitetônico,¹²⁶ considerado modelo para instituições similares, incluía laboratórios, biblioteca, posto de saúde, necrotério, refeitório e habitações para internos e funcionários.

O andamento do projeto do Santo Ângelo despertou o interesse do governo paulista, pois não havia instituição pública para atender o crescente número de vítimas do mal de Hansen. Em dezembro de 1917, o governo de São Paulo firmou acordo com a Santa Casa: as construções seguiriam as normas do Serviço Sanitário; após o término delas, a direção e manutenção do Santo Ângelo ficariam a cargo da Santa Casa; o governo estadual daria auxílio financeiro nos cinco primeiros anos; “a organização técnica e fiscalização seriam da competência da Secretaria do Interior, órgão que compreendia o Serviço Sanitário”.¹²⁷

Este acordo desagradou a direção da Associação Protetora dos Morféticos, pois foi interpretado como intervenção no projeto de sua autoria. Segundo Monteiro, uma série de discussões entre seus membros levaram à dissolução da entidade em 15 de abril de 1919.¹²⁸

Em 20 de dezembro de 1917, sete meses após a sua fundação, o governo estadual concedeu uma verba para a profilaxia da lepra no Estado. As obras do asilo colônia Santo Ângelo começaram somente em 1919, mas devido a mudanças de governo e discordâncias quanto à localização, a obra ficou quase paralisada até 1927, e foi concluída apenas em

¹²³ Para maiores informações, ver: Monteiro, 1995: 100 – 108.

¹²⁴ Nos bairros vizinhos de algumas instituições asilares no Brasil, cabe ressaltar o crescimento populacional causado por parentes dos internos, por exemplo, nos bairros da Luz e de Jaçanã em São Paulo notava-se essa característica. Maiores informações, ver: Curi, 2002: 114-5; Monteiro, 1995: 113-114..

¹²⁵ Monteiro, 1995: 101.

¹²⁶ Projeto da Leprosaria Modelo nos Campos de Santo Ângelo: Estado de São Paulo. Adelardo Soares Caiuby (construtor e arquiteto) – Prefácio de Artur Neiva (Diretor Geral do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo). 1918

¹²⁷ Monteiro, 1995: 102

¹²⁸ Monteiro, 1995: 102

1928. Enquanto isso, as associações privadas - as Sociedades de Assistência aos Lázaros - agiam no interior do estado, multiplicando os asilos.¹²⁹

Ao longo daquela década, ganhou força a idéia de que a assistência médico-social devia reunir setores públicos e privados com o objetivo comum de melhorar o atendimento hospitalar no país.¹³⁰ Um dos principais líderes desse movimento foi Ataulfo de Paiva (1867-1955) que atuou na campanha pela aliança com o Estado e pela sistematização das assistências pública e privada sob a inspeção dele.¹³¹ Importante magistrado, membro da Academia Brasileira de Letras e um dos fundadores da Liga Brasileira contra a Tuberculose, denominada posteriormente Fundação Ataulfo de Paiva.¹³²

A ação das entidades privadas foi fundamental para o combate à lepra. Entre suas lideranças femininas destaca-se Alice de Toledo Ribas Tibiriçá. Nascida no dia 9 de janeiro de 1886, em Ouro Preto, filha do General Jose Florêncio de Toledo Ribas e Dona Maria Augusta Rangel Ribas, posteriormente foi residir em São Paulo. Nesta cidade, em abril de 1912, casou-se com o engenheiro João Tibiriçá Neto, filho de Jorge Tibiriçá.¹³³ Importante político paulista, este foi senador, presidente do Estado e membro da diretoria do Partido Republicano Paulista (PRP). Durante a segunda metade da década de 1910, logo após o casamento, seu filho, João Tibiriçá, foi encarregado da construção de uma estrada de ferro no Maranhão, e lá ficou por 2 anos. Neste período, Alice teve contato com as péssimas condições em que viviam as vítimas do mal de Hansen, e em meados da década de 1920, ela se engajou nas lutas e campanhas preventivas contra a lepra.

Em 1926, formou-se em piano pelo Conservatório Dramático e Musical de São Paulo, e no ano seguinte, fundou o Instituto de Ciências e Artes Santa Augusta, entre cujos objetivos figurava o de promover cursos sobre técnicas agrícolas modernas para mulheres. Esta iniciativa contou com apoio da Secretaria Estadual de Agricultura, da Sociedade

¹²⁹ “A endemia leprótica no Estado de São Paulo – Recursos financeiros e suas aplicações”. São Paulo, 1939. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

¹³⁰ Sanglard, 2005: 135-136.

¹³¹ As décadas de 1910 e 1920 foram marcadas por importantes e diversificados movimentos em favor da elaboração de leis sociais e de previdência.

¹³² <http://www.academia.org.br>. Acessado em 5 de março de 2006.

¹³³ Por influência de Emilio Ribas (mencionados no capítulo 1, deste trabalho), o governador de São Paulo, Jorge Tibiriçá (1904-1908), sancionou em janeiro de 1906 uma reforma ampliando os poderes estaduais na área de saúde. Maiores informações, ver: Castro Santos, 1993: 373-375.

Nacional de Agricultura e da Sociedade Rural Brasileira.¹³⁴ Em fevereiro de 1926, durante reunião que a própria Alice Tibiriçá convocou, na casa do seu sogro Jorge Tibiriçá, foi criada a *Sociedade de Assistência às Crianças Lazaras*, em São Paulo. Eleita sua primeira presidente, alterou o nome para Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra. Os objetivos iniciais eram a propaganda da luta contra a lepra para conseguir não apenas adeptos, como recursos e doações para a assistência social aos doentes e suas famílias. Esta Sociedade inspirou a criação de congêneres em diversas regiões do país. A participação de mulheres era preponderante, mas nessas sociedades militavam também médicos, funcionários públicos e profissionais liberais.

Em abril de 1926, o *Correio Paulistano* noticiou nos seguintes termos a fundação da sociedade que foi a matriz das outras:

“A população da nossa capital assiste presentemente a um confortador movimento em prol dos lázaros e de defesa contra a lepra (...) Um punhado de senhoras paulistas, refletindo os nobres sentimentos que animam o coração feminino, sempre que surge uma iniciativa da mais alta filantropia, organizou a Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra. (...) dirigindo-se à mulher brasileira, em nome da solidariedade humana, em nome da caridade, virtude excelsa, pede o auxílio precioso de todas, o apelo material e moral para poder dar pronta solução aos seus ideais, pois urgente se torna a defesa contra a lepra, impedindo os morféticos de transitarem de cidade em cidade, propagando seu mal pelas estradas, nas camas das hospedarias, nas igrejas, nos cafés, nos cinemas, o mesmo no trabalho diário de sua subsistência (...) O fim da Sociedade, conforme os seus estatutos, é socorrer os morféticos adultos, tratar das crianças lazaras, defender o país do contágio da lepra, numa campanha do Norte ao Sul”.¹³⁵

Uma das formas de angariar apoio e verba eram os eventos sociais. Aquele mesmo periódico paulista publicou uma série de reportagens sobre os chás dançantes ocorridos nos dias 3 a 5 de maio no salão egípcio do teatro Santa Helena, com a participação de várias notabilidades da sociedade paulista.

¹³⁴ Alice Tibiriçá (verbete) In: Schumacher & Brazil, 2000: 31-33.

¹³⁵ “As grandes obras de benemerência – Um belo movimento em prol dos lázaros e contra a lepra”, *Correio Paulistano*, 30 de abril de 1926.

Enquanto isso, na Capital Federal, o trabalho filantrópico era desenvolvido por iniciativa quase exclusiva de uma personalidade, o engenheiro e empresário Guilherme Guinle, que atuou em diversas áreas. Como mostra Sanglard, a filantropia apoiada por Guinle esteve muitas vezes vinculada ao projeto político e científico desenvolvido por seu amigo Carlos Chagas.¹³⁶ No caso da lepra, especificamente, Guinle contribuiu, juntamente com a Liga das Nações, para a formação do Centro Internacional de Leprologia, sediado no Instituto Oswaldo Cruz. No final da década de 1920, Carlos Chagas (membro do Comitê de Higiene da Liga das Nações) encaminhou uma “proposta de cooperação internacional dos serviços sanitários, o que resultaria na criação do Centro Internacional de Leprologia”.¹³⁷ Formalizado em 1931, os seus trabalhos tiveram início três anos depois, com o objetivo de desenvolver pesquisas epidemiológicas, clínicas e biológicas relacionadas à doença, com ênfase no tratamento. Os recursos destinados para esse órgão provinham do governo federal e de Guilherme Guinle.¹³⁸

Em São Paulo, Alice Tibiriçá conseguiu apoio político e até uma coluna no jornal *Correio Paulistano* para divulgar notícias sobre a lepra. O apoio obtido pela Sociedade paulista tinha por base um fermento intelectual importante:

“intelectuais como Monteiro Lobato pregavam a ação da iniciativa privada como a solução para a carência de recursos dos governos latino-americanos. Defendia-se que a iniciativa privada deveria substituir o Estado onde este não conseguia chegar – e quanto mais ações desta natureza, melhor para o país”.¹³⁹

Contudo, em 1927, com as eleições estaduais, o quadro político mudou. O candidato vitorioso Julio Prestes começou a cercear as atividades da Sociedade, o que levou Alice Tibiriçá a proclamar: “Com o governo, se preciso; sem o governo, se possível;

¹³⁶ Maiores informações, ver: Sanglard, 2005.

¹³⁷ Sanglard, 2005: 196, 203.

¹³⁸ Maiores informações, ver: Sanglard, 2005: 202-206.

¹³⁹ Sanglard, 2005: 166.

e até mesmo, contra o governo, se assim for necessário”¹⁴⁰ – palavras que ecoavam o clima de insatisfação que levaria à Revolução de 1930.

Em virtude dos problemas políticos, a Sociedade optou por intensificar as campanhas de conscientização acerca da lepra e estimular a criação de outras sociedades com objetivo de ampliar o número de adeptos e atingir maior abrangência territorial. A Sociedade de Assistência aos Lázaros priorizou, de início, as cidades do interior de São Paulo, e gradativamente se fez presente em diversas regiões do país. De certo modo, seguiu trilhas abertas pelo movimento sanitarista na década anterior no recrutamento de adesões para o combate às endemias rurais.

Em 1928, foi criada a Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra do Distrito Federal, com vários integrantes da elite carioca. Nesta e em outras Sociedades, observa-se sempre a presença de mulheres em posições de comando, notadamente de integrantes das elites locais. Artistas, políticos, empresários, funcionários públicos e outras categorias sociais engajavam-se nas campanhas de levantamento de fundos.¹⁴¹

Em 1929, a Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra iniciou a publicação de seu *Boletim*. Nesse ano, por ocasião do primeiro aniversário da Sociedade no Rio de Janeiro, as direções paulista e carioca encaminharam a *Mensagem das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra ao Presidente da República*, que era então Washington Luiz. No documento explicitavam sua visão sobre a doença e seus principais objetivos:

“Das enfermidades contagiosas a lepra é a mais que tarda em se manifestar. Assim, pois, quantos imigrantes que aqui aportam vindos de países onde ela é endêmica, não na trazem porventura incubada e aqui, em clima diferente, a moléstia se vem manifestar aumentando a estatística? Sabemos todos que as terras do Brasil reclamam braços para o trabalho. Deve pois, ser intensificada a imigração, mas, antes de tudo, havendo um aparelhamento necessário à defesa dos nossos patrícios. Em relação à lepra, tal defesa só

¹⁴⁰ MIRANDA, Maria Augusta Tibiriçá. *Alice Tibiriçá, lutas e ideais*. Rio de Janeiro, PLG Comunicações, 1981. p. 11 Apud Curi, 2002: 98.

¹⁴¹ Neste capítulo, falarei mais sobre esse assunto ao abordar a atuação de Beatriz Reynal.

pode ser feita pela criação de leprosários em todo o País, do norte ao sul. Isso não seria difícil se criássemos a Federação das Sociedades de Assistência aos Lázarus e Defesa Contra a Lepra, que controlaria o trabalho de todos os Estados, Cidades e Municípios. Trabalhariam as Sociedades a se formarem de acordo com o plano geral estabelecido pela Federação e o departamento de Profilaxia da Lepra. Se a nação julgasse esse plano eficaz, auxiliaria a sua ação, criando uma verba necessária a essa obra de civismo e humanidade. Não há exagero quando os nossos leprólogos demonstram nas cifras a gravidade do mal”.¹⁴²

Havia visões diferentes sobre como combater a lepra, chocando-se especialmente os “humanitários”,¹⁴³ como Alice Tibiriçá, e os “isolacionistas”,¹⁴⁴ representados pelos principais políticos e atores sociais do projeto anti-leproso implantado em São Paulo e depois em todo Brasil. Como veremos no próximo capítulo, o regime vitorioso após a Revolução de 1930 daria grande impulso ao modelo isolacionista. A tomada de poder por Getúlio Vargas levaria a grandes mudanças na política nacional de saúde, com implicações para as Sociedades e as práticas de combate à lepra. Gradualmente, o governo federal assumiria funções mais amplas no combate às enfermidades, pois o Estado implementado no Brasil após a Revolução de 1930 tinha por postulado essencial a consolidação do poder público. Ao poder estatal caberia ser o único responsável pela gestão da saúde.

As proposições contidas no documento citado acima foram, assim, parcialmente atendidas no período varguista, como mostrarei a seguir.

2.3 - Governo Vargas (1930-1945) e a ação filantrópica

As mudanças sociais e políticas ao longo da década de 1920, o choque de interesses das elites em relação a candidatura de Julio Prestes para suceder o presidente Washington

¹⁴² *Apud* Souza-Araujo, 1956: 490-491.

¹⁴³ Grupo importante que defendia medidas atenuadas de controle e recomendavam o isolamento domiciliar. “Defendiam a construção de pequenos leprosários regionais, onde seriam internados apenas os casos excepcionais”. Monteiro, 1995: 137.

¹⁴⁴ Esse grupo foi majoritário nas delimitações de políticas de combate a lepra. Sobre ele ver: Monteiro, 1995: 144-148.

Luis em 1929, o lançamento pelo grupo oligárquico dissidente da chapa de Getulio Vargas para a presidência do Brasil propiciaram a eclosão do movimento revolucionário que pôs fim à Primeira República e que levou Vargas ao poder, iniciando-se então o seu Governo Provisório (1930-1934).¹⁴⁵

Naqueles mesmos anos, o *Boletim da Sociedade de Assistência aos Lázaros* dava notícias das sociedades filiadas, que já se tinham alastrado pelas seguintes cidades: São Paulo capital (a sede); Bauru; Rio de Janeiro (Distrito Federal); São Simão; Parnaíba (Piauí); Juiz de Fora; Belo Horizonte; Natal (Rio Grande do Norte); Bahia e São Carlos. Em fevereiro de 1932, Alice Tibiriçá reuniu, na sede, os representantes dessas sociedades para criar a Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra. Para compor a primeira diretoria¹⁴⁶ da nova entidade foi eleita, como presidente, a própria Alice Tibiriçá, e como vice-presidente, Eunice Weaver.

A importância que esta personagem adquiriria justifica a apresentação de alguns dados biográficos sobre ela. Eunice de Sousa Gabbi nasceu no dia 19 de setembro de 1904, numa fazenda de café, na cidade de São Manoel (interior de São Paulo), filha do italiano Henrique Gabbi e de Leopoldina Gabbi, natural de Piracicaba. Na adolescência, foi morar na cidade de sua mãe, em virtude da morte desta, e lá cursou a Escola Normal. Seu engajamento no combate à lepra teria sido influenciado por um fato trágico de que foi testemunha: durante sua mocidade, em Piracicaba, “uma jovem leprosa simulou suicídio para esconder-se da sociedade e livrar sua família do estigma dessa doença”.¹⁴⁷

Posteriormente, Eunice Gabbi foi morar na cidade de São Paulo. Em 1927, reencontrou o norte-americano Charles Anderson Weaver, que havia sido seu professor de latim, e com ele se casou naquele mesmo ano. Logo após o casamento, Charles Weaver foi convidado pela Universidade de Nova Iorque para dirigir um projeto com alunos desta instituição: visitariam 42 países com o objetivo de incrementar aí a formação acadêmica. Eunice viajou com esse grupo e teve a possibilidade de entrevistar Mahatma Ghandi e de visitar numerosos leprosários nas ilhas Sandwich, no Egito, na China, no Japão e na Índia.

¹⁴⁵ Abordo o contexto político da Era Vargas no capítulo 3 deste trabalho.

¹⁴⁶ Além da presidente e da sua vice, para a secretaria foi eleita a professora Noemy Silveira, e para a tesouraria, dona Felicidade Perpetua de Macedo. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

¹⁴⁷ Eunice Weaver (verbete) In: Schumacher & Brazil, 2000: 213.

Ao retornar aos Estados Unidos, cursou Serviço Social na Universidade da Carolina do Norte. No início da década de 1930, o casal foi residir em Juiz de Fora. Charles Weaver assumiu o cargo de diretor do Colégio Granbery, de cunho metodista, e Eunice Weaver lecionou história e geografia nesta instituição até 1934. Logo que retornou a Minas Gerais passou a se dedicar à assistência social dos leprosos, fundando e presidindo a Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra de Juiz de Fora. A instituição apoiava com mantimentos os internos do leprosário Santa Isabel, de Belo Horizonte, além de promover campanhas para arrecadar donativos.

A Federação seguiu, a princípio, os ideais autônomos de ação preconizados por Alice Tibiriçá, mas gradativamente se alinhou com o modelo de saúde varguista,¹⁴⁸ implementado de forma mais sistemática após a posse de Gustavo Capanema no Ministério da Educação e Saúde Pública, em 1934. Eleita presidente da Federação, em 1935, Eunice Weaver desempenharia papel preponderante nessa nova fase de relações mais estreitas com o governo federal.

Em 1932, Francisco Sales Gomes Junior foi nomeado pelo governo paulista para chefiar a Inspeção de Profilaxia de Lepra.¹⁴⁹ Sua administração foi marcada pelo autoritarismo, sobretudo na imposição do isolamento compulsório aos portadores do bacilo de Hansen. Favorável à centralização do combate à lepra na esfera pública, Sales Gomes opôs-se à ação da Sociedade de Assistência aos Lázaros de São Paulo. A forma encontrada para cercear sua ação foi a criação da Caixa Beneficente em cada colônia do estado.¹⁵⁰ Comandada por um diretor e um conselho de internos indicados pelo prefeito da própria colônia, a Caixa recebia diretamente as doações e as direcionava segundo as necessidades internas da instituição. Na prática, a administração ficava subordinada aos interesses da direção da colônia, e era vista pelo governo estadual como maneira de economizar gastos com ela.¹⁵¹

¹⁴⁸ Analiso este assunto no capítulo 3 deste trabalho.

¹⁴⁹ Criada em 19 de julho de 1925 a Inspeção de Profilaxia da Lepra passou a chamar-se Departamento de Profilaxia da Lepra dez anos depois. Ambas eram subordinadas à Secretaria Estadual de Educação e Saúde-Pública, criada em 3 de março de 1931. Desta conjuntura tratarei no próximo capítulo.

¹⁵⁰ Após a Revolução de 1930, havia em São Paulo, além do Santo Ângelo, o asilo-colônia Pirapitingui; o sanatório Padre Bento; o asilo-colônia de Cocais e o asilo-colônia Aimorés. Abordo esse assunto nos capítulos 1 e 3 desse trabalho.

¹⁵¹ Monteiro, 1995: 296-298.

Em 15 de novembro de 1933, foi fundada, por exemplo, a Caixa Beneficente do Asilo-Colônia Pirapitingui, localizado entre as cidades de Itu e Sorocaba e inaugurado em outubro de 1931. Segundo seus estatutos, a Caixa era uma das associações dos internos nesse asilo-colônia, tendo por finalidade a defesa dos direitos e interesses de seus associados, que compunham a Diretoria. O patrimônio era constituído não apenas por doações externas, mas também por mensalidades pagas pelos doentes, pela retribuição de serviços por eles prestados, por rendimentos auferidos com a lavoura, com a criação de animais, as atividades comerciais ou industriais.¹⁵²

Através de matérias veiculadas na grande imprensa, o governo paulista levantou suspeitas sobre a utilização das doações à Sociedade de Assistência aos Lázaros, recomendando que se evitassem esses intermediários, e se priorizassem as doações diretamente às Caixas Beneficentes. A campanha visava os “falsos filantropos”, como a Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra Lepra de São Paulo e Alice Tibiriçá, acusados de “ludibriadores e exploradores da boa fé pública e do espírito de caridade da população em geral”.¹⁵³ Tibiriçá reagiu judicialmente contra as acusações.

Enquanto se deterioravam as relações entre as Caixas Beneficentes e as Sociedades de Assistência aos Lázaros, o presidente da Caixa Beneficente do asilo-colônia Pirapitingui endereçava carta ao ministro Gustavo Capanema, na qual solicitava seu comparecimento à inauguração de dois pavilhões-enfermarias na Colônia, pois um deles receberia seu nome (2 de julho de 1939).¹⁵⁴

Naquela conjuntura de conflito aberto que se instalara em São Paulo, a Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros organizou a *Conferência para a Uniformização da Campanha contra a lepra* no Rio de Janeiro, entre 24 de setembro e 2 de outubro de 1933. O evento teve enorme repercussão e contou com participantes de quase todas unidades federativas, inclusive muitos médicos e membros de institutos de pesquisa. Voltaram à tona as reivindicações contidas na mensagem ao presidente Washington Luis (citada acima), sobretudo o maior envolvimento do governo federal e das administrações

¹⁵² *Extrato dos Estatutos da Caixa Beneficente do Asilo-Colônia Pirapitingui, 1939. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.*

¹⁵³ Curi, 2002: 106.

¹⁵⁴ *Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV*

estaduais em ações mais efetivas de combate à lepra. Entre os assuntos debatidos figuravam a:

“esterilização dos leprosos, proibição matrimonial, isolamento, separação compulsória dos filhos indenes, cunhagem de moeda específica para cada leprosário, aposentadoria por lepra, expatriação interestadual de leprosos (cada um deveria ser internado somente no seu Estado de origem), padronização dos leprosários, censos de Lepra, criação da carteira de saúde (que entre outras coisas, atestava que seu portador não era leproso) e a instituição da obrigatoriedade de sua apresentação, publicação de uma revista nacional periódica e regular sobre leprologia, legislação específica (entre elas uma lei que proibisse o livre trânsito dos leprosos), infra-estrutura dos leprosários, contribuição policial no recolhimento dos leprosos para internamento em leprosários, destino dos bens e imóveis dos leprosos isolados, pátrio-poder dos pais leprosos”.¹⁵⁵

Uma das conseqüências da *Conferência para a Uniformização da Campanha contra a lepra* foi a efetiva participação do governo federal na construção de leprosários, permanecendo a sua administração nas esferas estaduais.

A ‘defesa dos sãos’ continuava a ser a principal razão legitimadora dos objetivos perseguidos pelas organizações filantrópicas engajadas na campanha anti-leprosa. Devido ao fato de não ter a doença caráter epidêmico, as autoridades públicas não teriam dado a devida atenção a ela. As principais medidas profiláticas recomendadas eram agora o isolamento compulsório das vítimas do mal de Hansen nos leprosários localizados nas zonas rurais; evitar-se a convivência dos filhos sadios com os pais internos – função dos *preventórios*; e realizar-se a vigilância dos familiares e dos que conviviam com os internos – papel dos *dispensários*. A política implementada até então pelos governos estaduais e pelo governo federal foi duramente criticada pelos participantes da Conferência, que defendiam a centralização das campanhas. Após a posse de Capanema no Ministério da Educação e Saúde Pública, em 1934, começou a ser delineado um plano nacional de combate à lepra apoiado neste tripé – leprosário, preventório e dispensário.

¹⁵⁵ Curi, 2002: 107-108.

O governo do estado de São Paulo enviou representantes àquela Conferência, mas independente dela, desenvolveu um modelo específico de combate à lepra e de política preventorial. Embora em alguns pontos se aproximassem e influenciassem as políticas do Estado de São Paulo e de Capanema, deve-se destacar que havia diferenças entre o modelo paulista (de isolamento compulsório) e as práticas adotadas no resto do país.¹⁵⁶

Ao longo da década de 1930, Alice Tibiriçá combateu a política de São Paulo, pois esta

“não só impôs o regime de isolamento compulsório dos doentes, como utilizou práticas arbitrárias e violentas para capturar pessoas suspeitas de serem portadoras de hanseníase, chegando até mesmo a mandar queimar a casa dos doentes. Os maus tratos infringidos aos internos nos asilos-colônia resultaram em fugas, mortes e rebeliões”.¹⁵⁷

Em 1935, a sede da Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra foi transferida de São Paulo para o Rio de Janeiro em virtude dos atritos com aquela administração estadual e das vantagens da maior proximidade com o governo federal. Ainda nesse ano, Alice Tibiriçá propôs que a presidência da Federação e das suas filiadas seguisse o critério rotativo. A vice-presidente, Eunice Weaver, assumiu então a presidência da Federação, e Tibiriçá passou a se dedicar à Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra de São Paulo, a qual, após sua morte, em junho de 1950, passaria a se chamar Instituição Alice Tibiriçá de Civismo e Sociedade.¹⁵⁸

¹⁵⁶ Abordo essa questão no capítulo 3.

¹⁵⁷ Mott, 2003: 5.

¹⁵⁸ Em 1938, Alice Tibiriçá criou no Rio de Janeiro a Instituição Carlos Chagas, que dirigiu até sua morte. Essa entidade era voltada para a formação de profissional que atuasse nas campanhas médico-sociais e de assistente sociais. A experiência adquirida no combate à lepra foi aplicada em outras campanhas médico-sociais. Em 1944, fundou a Federação das Associações de Combate à Tuberculose, a Sociedade de Amparo aos Psicopatas e uma instituição voltada para o atendimento aos deficientes visuais. O movimento feminista foi recorrente na sua trajetória pessoal. Após o fim da II Guerra Mundial, já separada do marido, participou das Uniões Femininas contra a Carestia. Em 1946, dirigiu o Instituto Feminino de Serviço Construtivo. No ano seguinte, apoiou a primeira comemoração do Dia Internacional da Mulher no Brasil em março. Ainda em 1947, foi indicada como representante do Brasil no Conselho da Federação Democrática Internacional de Mulheres, que ocorreu em Praga, Tchecoslováquia. Dois anos depois, foi eleita primeira presidente da Federação de Mulheres do Brasil, entidade criada após o Congresso das Associações Femininas Estaduais. No final da década de 1940, também participou da campanha “O petróleo é nosso”. Por ocasião de seu

Entre 1932 e 1935, enquanto presidia a Federação, Tibiriçá coordenou campanhas para auxiliar financeiramente associações já constituídas em São Paulo, Juiz de Fora, Bauru, Jaú, Botucatu, Belo Horizonte, Niterói e Rio de Janeiro. Seriam depois contabilizadas como realizações suas um pavilhão de convalescentes em Pirapitingui; dispensário na capital de São Paulo; o prédio para a sede da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, de São Paulo; o pavilhão de diversões no asilo-colônia Santa Isabel, em Minas Gerais; a conclusão das obras do preventório construído pela Sociedade de Proteção aos Leprosos de Belo Horizonte; auxílio à Sociedade Fluminense e à do Rio de Janeiro, bem como a construção do pavilhão de diversões no Hospital-Colônia de Curupaiti, em Jacarepaguá, Rio de Janeiro.¹⁵⁹

Como dissemos, após a Revolução de outubro de 1930, a Federação passou por uma série de mudanças e perdeu o caráter autônomo para se alinhar ao modelo de saúde varguista, implementado de forma mais sistemática após a posse de Gustavo Capanema, em 1934, no Ministério da Educação e Saúde Pública. O posicionamento de Alice Tibiriçá deve ser destacado como contraponto à gestão de sua sucessora na Federação, pois Eunice Weaver buscou sempre o apoio estatal e usou seu capital simbólico nas negociações necessárias para viabilizar o projeto da entidade.

Durante a sua presidência, as atividades filantrópico-assistencialistas desenvolvidas pela Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra devem ser compreendidas como parte integrante da política governamental de combate à enfermidade. O trabalho da Federação foi encarado como componente fundamental do Plano de Combate à Lepra implementado por Capanema durante a Era Vargas, e em muitos momentos teve abrangência maior que a do poder federal, pois, como bem

falecimento, em junho de 1950, recebeu inúmeras homenagens; inclusive da Associação Brasileira de Leprologia, que considerou seu trabalho o marco inicial da moderna campanha sanitária contra a hanseníase no Brasil. (Mott, 2003). Na Academia Nacional de Medicina, Souza-Araujo ressaltou a importância de Tibiriçá como a “pioneira da profilaxia da lepra no Brasil e, sobretudo, da assistência social à família do leproso” (Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra – São Paulo. *Alice Tibiriçá – Traços Biográficos*. SALDCL. São Paulo, 1960, p. 18). O jornalista Austregésilo de Ataíde publicou no *Diário da Noite* que: “Dona Alice Tibiriçá entregou-se a duas campanhas de maior transcendência para o Brasil. Deve-se-lhe a mobilização de governos e opinião pública na luta contra a lepra e a tuberculose. Deve-se-lhe, assim, o esclarecimento da consciência nacional em face de dois problemas fundamentais do país” (Idem., p. 20).

¹⁵⁹ Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra – São Paulo. *Alice Tibiriçá – Traços Biográficos*. SALDCL. São Paulo, 1960, p. 9.

observou Sanglard, “a iniciativa privada conseguia realizar obras muito mais rapidamente do que o Estado”.¹⁶⁰

A gestão de Eunice Weaver foi marcada por um distanciamento dos ideais de Alice Tibiriçá. A Federação passou a dar assistência direta apenas aos filhos sãos dos internos nas colônias, cabendo aos preventórios acomodar crianças e adolescentes até os 20 anos.¹⁶¹ As vítimas do mal de Hansen e as respectivas famílias passaram para a jurisdição do governo federal. A ação filantrópica da Federação era agora movida pela preocupação de exercer controle social sobre os descendentes dos leprosos, preocupação mascarada pelo discurso de melhoria das condições de vida. As relações pessoais de Eunice Weaver com os integrantes do governo de Getúlio Vargas, mais especialmente com o ministro Gustavo Capanema, redundaram em considerável apoio político e financeiro para a obra preventorial. Deve-se considerar que em 1935, existiam dois preventórios com cerca de 200 internas; 14 anos depois, aumentou para 26 o número de instituições, com mais de 3.500 crianças internadas.¹⁶²

Paralelamente à centralização política capitaneada pelo governo federal, a nova diretoria da Federação também centralizava as atividades filantrópicas de combate à lepra em mãos da presidência localizada na capital federal. A aliança entre a Federação e o Ministério da Educação e Saúde garantiu o fomento das atividades assistenciais e especialmente a construção de preventórios, mas o estreitamento do vínculo com o projeto nacional não deixou mais espaço para questionamentos políticos como nos tempos de Alice Tibiriçá. Como veremos no próximo capítulo, ao analisar, em 1937, os meios de combater a lepra, Capanema destacava que a verba dada pelo governo federal para a construção de preventórios ficaria sob a responsabilidade da Federação, que, através de suas associações filiadas, estava presente em todas as regiões do país.¹⁶³

¹⁶⁰ Sanglard, 2005: 140.

¹⁶¹ *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

¹⁶² Weaver, 1949.

¹⁶³ Capanema, Gustavo. Ampliando o nosso aparelhamento anti-leproso. Rio de Janeiro, 1937. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

A relação entre a presidência da Federação e as filiadas modificou-se a partir do momento em que os recursos passaram a ser enviados para a sede no Rio de Janeiro e, de lá, encaminhados segundo as necessidades de cada sociedade.

“A Federação passou a ocupar uma posição intermediária nesta hierarquia. Encontrava-se acima das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra locais espalhadas pelo país, as quais dominava, e abaixo do Ministério da Educação e Saúde (MES), ao qual era subordinada”.¹⁶⁴

Durante a Era Vargas e nos anos seguintes, a Federação colaborou com as reformas dos leprosários, e, ao mesmo tempo, procurou aumentar o número de entidades filiadas, potencializando, assim, o recrutamento de adeptos e doações que auxiliariam na construção de preventórios em todo o país. Curi explica bem como eram fundadas as novas entidades

“A presidente da Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra realizava uma visita à cidade escolhida, durante a qual apresentava algumas palestras e encontros, nos quais fazia-se o apelo pedindo o auxílio para a “salvação da raça”. Algumas pessoas eram quase sempre procuradas por serem consideradas de utilidade estratégica para o sucesso da causa. Eram elas: a primeira dama municipal, médicos, autoridades municipais, advogados, delegados, jornalistas, representantes de toda imprensa local, vereadores entre outros”.¹⁶⁵

A propaganda das atividades da Federação era feita através do Boletim ou de publicações editadas com este intuito. Por exemplo, o folheto *Uma campanha de solidariedade humana e interesse nacional*¹⁶⁶ continha a seguinte folha em anexo:

¹⁶⁴ Curi, 2002: 118.

¹⁶⁵ Curi, 2002: 120.

¹⁶⁶ Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra *Uma campanha de solidariedade humana e interesse nacional*. Rio de Janeiro, Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, 1943.

APELO AO LEITOR

Todos estão dando a sua cooperação! Todos estão participando desse gigantesco combate à lepra no Brasil. É indispensável, amigo leitor, o seu apoio, o seu incentivo e também a sua oferta – por pequena que seja!

Em qualquer lugar do Brasil que o leitor esteja, hoje, há uma Sociedade de Assistência aos Lázaros pedindo o seu auxílio! Há um preventório que precisa da sua ajuda, AGORA!

Como fazê-lo?

a) Peça sua inscrição no corpo social da nossa Sociedade.

b) Envie seu auxílio, em dinheiro, roupas, objetos de uso pessoal, etc, para a Sociedade de Assistência aos Lázaros que serão rigorosamente aplicados e utilizados em benefício dos lázaros e dos seus filhos sadios.¹⁶⁷

O caráter eugênico das citações acima é evidente, como por exemplo, ao mencionar o papel da “salvação da raça” – As idéias do movimento eugênico foram introduzidas no Brasil durante a década de 1910, difundidas como sinal de modernidade cultural e elemento constituinte do processo de reforma da saúde pública e de regeneração racial da população.¹⁶⁸ O discurso usual para legitimar a ação preventorial, isto é, a extração dos filhos de leprosos do seio de suas famílias, era que a separação beneficiaria a criança ao evitar o convívio com a doença e a possibilidade de contágio. Segundo Weaver, a dificuldade dos outros membros da família de manter essas crianças era enorme.¹⁶⁹ Por medo do contágio, ficavam desamparadas, e os preventórios constituíam, assim, uma solução para esses “órfãos de pais vivos”. Contudo, a realidade dos internos era muito diferente e não se adequava a esse discurso, pois o “estigma congênito” os acompanhava “por toda a vida, diminuindo suas possibilidades de vida social, e obrigando-os a esconder sua ascendência, se quisessem competir em igualdade de condições quando da procura de

¹⁶⁷ Vinham em seguida as informações concernentes à localização da Sociedade de Assistência aos Lázaros naquela cidade.

¹⁶⁸ Maiores informações ver: Sousa, 2006.

¹⁶⁹ Weaver, 1949.

um emprego ou no estabelecimento de relações sociais”.¹⁷⁰ Os vínculos afetivos com a família eram desestimulados, dificultando as visitas e as correspondências.

A Federação e suas filiadas foram reconhecidas como de utilidade pública pelo decreto nº 1473, de 8 de março de 1937. O ato deve ser compreendido como ostensivo apoio do Ministério da Educação e Saúde à política preventorial adotada pela Federação.

Tal posicionamento é bem ilustrado por episódio ocorrido entre 1938 e 1940. Alguns funcionários do Departamento Nacional de Saúde enviaram telegramas ao ministro Capanema, informando-o da construção, pelo governo estadual, de um preventório para 50 crianças em Vitória, no Espírito Santo. Entre os pontos destacados na correspondência estavam o pedido de urgência da verba federal e a liberação da concorrência pública. O próprio ministro aconselhou o presidente Vargas a conceder a dispensa, e logo depois foi publicada no *Diário Oficial* a liberação dos recursos.¹⁷¹ Em meados de 1940, Capanema enviou telegrama ao interventor do Espírito Santo, João Punaro Bley (1930-1943), no qual requisitava informações sobre as despesas com a instalação do preventório de Vitória, com verbas da União. A preocupação do ministro era saber se a instituição estava sob a administração estadual pois, nesse caso, devia ser transferida para a Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros, uma vez que era ela a coordenadora de todos os serviços de proteção aos filhos de leprosos. O telegrama-resposta do governante estadual destacava que o preventório Gustavo Capanema, construído com recursos enviados ao estado pelo Ministério da Educação e Saúde, estava sob os cuidados da Sociedade Espiritosantense de Proteção aos Lázaros, filiada à Federação de Assistência aos Lázaros.¹⁷²

As interlocuções da Federação com o governo federal eram estreitas e frequentes. Em setembro de 1938, a vice-presidente da entidade, América Xavier da Silveira,¹⁷³ entregou ao Presidente da República um *Memorial* sobre as atividades da instituição, no

¹⁷⁰ Monteiro, 1995: 337.

¹⁷¹ *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

¹⁷² *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

¹⁷³ América Xavier da Silveira era descendente de tradicional família do Rio de Janeiro. Seu parente, o advogado Joaquim Xavier da Silveira Júnior (1864-1912) foi deputado, senador e membro do Instituto Histórico e Geográfico do Brasil (IHGB). Entre 1901 e 1902, exerceu a função de prefeito do Distrito Federal, por indicação do presidente Campos Sales (1898-1902). In: Núcleo de Memória Política Carioca e Fluminense. <http://www.alerj.rj.gov.br/memoria/historia>. Acessado em 9 de abril de 2006.

qual realçava o interesse de Vargas em ser notificado das ações que implementava em parceria com as Sociedades de Assistência aos Lázaros. Como vimos, uma das principais era a construção de preventórios, mas para isso eram necessários vultosos recursos que alguns governos estaduais não possuíam. O documento mostrava que havia necessidade de maior e mais freqüente verba federal para a manutenção da política preventorial, apresentada como vertente da política varguista de saúde pública. O auxílio da União era urgente pois alguns dos estados inadimplentes tinham muitos casos de lepra espalhados por vastos territórios.¹⁷⁴

Gustavo Capanema presidiu a sessão da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra do Distrito Federal, em junho de 1939. Aí foi apresentado relatório sobre o patrimônio da Sociedade, e teve lugar a troca da presidência, que passou de Marina Bandeira de Oliveira para América Xavier da Silveira – a vice-presidente da Federação.¹⁷⁵ Nesse mesmo ano, esta encaminhou ao Ministério relatório com informações sobre os preventórios construídos com a ajuda das “campanhas de solidariedade” promovidas pela entidade em benefício de suas filiadas. Informava quais preventórios estavam já em funcionamento, o número ou a previsão de internos, o andamento das obras e onde havia ainda necessidade de construir novas unidades.¹⁷⁶

Em novembro de 1939, a presidência da Federação, no Rio de Janeiro, convocou a *Conferência Nacional de Assistência Social aos Lázaros*, sob os auspícios do Ministério da Educação e Saúde. Funcionavam então três preventórios; 15 estavam em construção, e a Federação contava com 75 sociedades filiadas. Durante a Conferência, foi ressaltada a importância de se criar, no âmbito do Ministério, um serviço nacional para a lepra, semelhante aos que já existiam para outras doenças. A proposta foi colocada em prática e, assim, em 1941, surgiu o Serviço Nacional de Lepra.¹⁷⁷ Outra reivindicação da Conferência foi a troca do nome ‘preventório’ por ‘educandário’, com objetivo de livrar de estigma as crianças internadas neles. Mesmo assim, os meninos e meninas continuariam a

¹⁷⁴ Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

¹⁷⁵ *Ordem do Dia* - Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

¹⁷⁶ Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

¹⁷⁷ Sobre esse assunto, ver o capítulo 3.

ser identificados como internos dos preventórios, e, como indicam outras fontes,¹⁷⁸ continuariam a sofrer as conseqüências do fato de serem descendentes de leprosos.

Dez dias após o encerramento da Conferência, Eunice Weaver, sua presidente, comunicou ao presidente Vargas que, por decisão unânime, ficara estabelecido que apenas as Sociedades de Assistência aos Lázaros poderiam arrecadar donativos públicos para as vítimas do mal de Hansen e suas famílias. Ressaltava que essas entidades tinham a personalidade jurídica adequada, e deveriam ser autorizadas a desempenhar suas funções pelos órgãos competentes dos estados e do Distrito Federal, e pelo “Serviço Oficial de Lepra”.¹⁷⁹

Em fevereiro de 1940, a Sociedade Amazonense de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra comunicou a Capanema que batizaria o educandário de Manaus com seu nome, em homenagem ao apoio que vinha dando às ações contra a doença no estado do Amazonas.¹⁸⁰ Ao longo daquele ano, foi elaborado o *Regulamento dos Preventórios para Filhos Sadios de Lázaros instalados no Brasil*, aprovado em 27 de janeiro de 1941 pelo Departamento Nacional de Saúde. A incumbência ficou a cargo da Comissão Técnica Organizadora do Regulamento, composta por Ernani Agrícola,¹⁸¹ Heraclides César Souza-Araujo, Manoel Ferreira, Nelson Souza Campos e Eunice Weaver.¹⁸² Além de definir os objetivos daquelas instituições - manter e educar os filhos e dependentes das vítimas do mal de Hansen, – o regimento estabelecia o modo como seriam dirigidos e administrados os preventórios. Eles permaneciam vinculados às Sociedades e à Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros, sabendo-se que não poderiam ser remunerados os membros que trabalhassem nos preventórios.

¹⁷⁸ Maiores informações sobre esse assunto, ver: Monteiro, 1995: 375-9 & Nunes Sarno, 2003.

¹⁷⁹ *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

¹⁸⁰ No mês seguinte, o ministro enviou telegrama agradecendo a homenagem recebida em Manaus. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

¹⁸¹ Agrícola (1883-1960) formou-se em Odontologia, em 1912, e, sete anos depois, diplomou-se médico pela Faculdade de Medicina de Belo Horizonte. Atuou no combate à malária, peste, tuberculose e, especialmente, à lepra. Elaborou códigos sanitários e o Plano Nacional de Combate à Lepra em 1935. Participou das comissões responsáveis pelo Plano de Saneamento da Amazônia e pelos regulamentos para saúde pública federal. Era membro de várias sociedades científicas nacionais e internacionais. Na Era Vargas, teve importante atuação nos órgãos de combate à lepra. <http://www.sms.rio.rj.gov.br>. Acessado em 19 de fevereiro de 2006.

¹⁸² Heraclides César Souza-Araujo, já apresentado no capítulo 1, era um importante leprólogo, considerado uma das maiores autoridades no assunto. Ferreira e Souza Campos eram funcionários do Ministério da Educação e Saúde. Eunice Weaver presidia a Federação.

Estas instituições contariam com um médico-clínico pediatra, encarregado de examinar semanalmente os internos, “orientando o seu desenvolvimento físico dentro das normas eugênicas e registrando o respectivo aproveitamento individual”; e um médico dermato-leprólogo, que manteria sob vigilância os internos, “levando em conta o grau de contagiosidade do foco de onde provieram, a natureza e o tempo de convivência”; caberia a este médico, também, examinar cada criança mensalmente, nos três primeiros anos de internamento, e efetuar as provas de laboratório necessárias a esse fim.¹⁸³ Nos preventórios haveria ainda um dentista, um enfermeiro nutricionista, um educador e um agrônomo.¹⁸⁴ Foi regulamentado também o orçamento interno e o ensino a ser ministrado aos internos, que consistiria em “jardim da infância; primário, de acordo com o programa oficial; escola doméstica em todas as suas múltiplas atividades; pequena lavoura e trabalho de campo; artes e ofícios”.¹⁸⁵

O regulamento trazia ainda informações sobre os critérios de admissão naquelas instituições, destinadas, preferencialmente, às crianças nascidas nos leprosários, retiradas de lá ao nascer e colocadas no berçário dos preventórios; a eles seriam encaminhadas também as que se achassem “em focos que ofereçam maior perigo de contágio; os mais necessitados por falta absoluta de recursos ou assistência; os de mais tenra idade”.¹⁸⁶ Os limites máximos eram 15 anos para os meninos, e 18, para as meninas. Os meios para sair dos preventórios eram a morte, o desenvolvimento da lepra,¹⁸⁷ a ultrapassagem dos limites de idade (18 anos para os homens, e 21, para as mulheres), a obtenção de trabalho vantajoso ou o casamento, e, por fim, o comportamento indisciplinar. Neste caso, a criança era expulsa, desde que tivesse mais de 15 anos, e se houvesse parentes ou “pessoas estranhas reconhecidamente sadias e de idoneidade moral”,¹⁸⁸ com capacidade para manter e educar a criança transgressora, a qual permaneceria sob a vigilância das autoridades sanitárias competentes. As normas eram rigorosas para os que não se comportassem devidamente; além da expulsão, estavam sujeitas a admoestação, repreensão e supressão de

¹⁸³ *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

¹⁸⁴ *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

¹⁸⁵ *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

¹⁸⁶ *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

¹⁸⁷ Os preventórios eram destinados aos descendentes sadios dos lázaros, no caso de algum interno manifestar a doença, era logo encaminhado para o leprosário mais próximo.

¹⁸⁸ *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

passeios, festas e jogos.¹⁸⁹ Como pode ser notado o conteúdo do regulamento tinha forte caráter pedagógico autoritário.

Uma realidade dos internos eram as constantes fugas e rebeliões.¹⁹⁰ Caso não seguissem as regras, recebiam punições diversas, como nos mostra o depoimento tomado por Monteiro:

“Não era só por fuga. Tinham duas meninas, coitadas, que faziam xixi na cama. Nunca me esqueço disso. Eles raspavam a cabeça, punham camisolão... Uma amiga, uma vez ela estava conversando com um menino, ela levou um tapa no rosto, só porque estava conversando. Teve uma outra que eles achavam que estava namorando, eles rasparam a cabeça dela, botaram camisolão e ficou sem sair, enquanto o cabelo não crescesse não podia sair. Porque nós íamos à matinê”.¹⁹¹

Em 12 de outubro de 1942, pelo decreto lei nº 4827, a Federação foi reconhecida como instituição assistencial de caráter particular integrada à campanha contra a lepra do governo federal. A Federação e suas filiadas, cujas diretorias exerciam suas atividades gratuitamente, tornaram-se, assim, de direito, as únicas entidades autorizadas a promover a assistência social em benefício dos lázaros e seus dependentes em todo território brasileiro. Em 1943, a Federação contabilizava 23 preventórios em funcionamento, com cerca de 2.000 filhos de lázaros.¹⁹²

Sanglard destacou o papel de Guilherme Guinle na construção de Centro Internacional de Leprologia durante o governo Vargas, como já foi mencionado neste capítulo. Outras personalidades engajaram-se em ações filantrópicas em prol da saúde, ainda que de forma menos consistente e durável que Guinle.

¹⁸⁹ *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

¹⁹⁰ Maiores informações, ver Monteiro, 1995: 370-375.

¹⁹¹ Depoimento de ex-interna do preventório paulista de Jacareí. Monteiro, 1995: 370.

¹⁹² Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra. *Uma campanha de solidariedade humana e interesse nacional*. Rio de Janeiro, Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, 1943

Entre maio de 1943 e agosto de 1945 transcorreu a campanha¹⁹³ organizada por Béatrix Reynal¹⁹⁴ – pseudônimo da poetisa francesa Marcelle Jaulent dos Reis, casada com o pintor mineiro José Maria dos Reis Júnior. Ela atuou em diversas causas sociais, escreveu letras de músicas, inclusive para melodias de Francisco Mignone; no campo da política, fez parte, ainda que à distância, da Resistência Francesa durante a Segunda Guerra Mundial. Manteve relações de amizade com diversos intelectuais brasileiros e estrangeiros, inclusive o poeta francês Blaise Cendrars, e usou essas relações em benefício de entidades e enfermos auxiliados pela Sociedade do Distrito Federal de Assistência aos Lázaros.¹⁹⁵ Os doadores recrutados por influência de Reynal e os respectivos valores revelam a extensão do envolvimento de parte da sociedade carioca nesta causa.

Na lista podem ser encontrados tanto empresas quanto pessoas importantes da vida política e cultural do Brasil – inclusive Guilherme Guinle – e, curiosamente, um órgão público, o Departamento Nacional do Café. Entre as entidades jurídicas, sobressaem as empresas: Cia de Cigarros Souza Cruz, Moinho Inglês, Cia. Luz Stearica (secção Moinho da Luz), Keller, Weber & Cia., Moore-Mc Cormack (Navegação) S.A. Entre as instituições da área financeira, destaco Murray, Simonsen & Co., Companhia Bancária Áurea Brasileira, Banco Moreira Salles, Banco Brasileiro do Comércio e Monteiro, Aranha & Cia Limitada. Na lista figuram as livrarias Kosmos, Valverde, Briguet e a Livraria Geral Franco-Brasileiro; assim como as firmas comerciais Casa Curtis, Casa Leandro Martins, Casa Ozório, Casa Imperial, Casa Debret, Casa Krause, Casa Sloopier, Casa das Flores, Casa Suisso-Brasileira e Confeitaria Pirajá. Participaram da causa importantes empresas do ramo farmacêutico - Produtos Químicos Sandoz Ltda., Produtos Químicos CIBA, Produtos Roche (químicos e farmacêuticos S.A.) e Geigy do Brasil. Menciono ainda o Liceu Francês (alunos), o Colégio Batista (corpo docente e discente), o periódico *Correio do Norte* e o Cassino Balneário da Urca S.A.

¹⁹³ Campanha Financeira de Béatrix Reynal para a Sociedade de Lázaros Marina Dias. Biblioteca Nacional – Setor Manuscritos. Ref. 24,3,5 – número 3.

¹⁹⁴ Foi mecenas do pintor e gravurista Oswaldo Goeldi - Dona da coleção que posteriormente foi doada ao acervo da Biblioteca Nacional. <http://www.bn.br>. Acessado em 5 de março de 2006.

¹⁹⁵ Interessante ressaltar que a Sociedade de Lázaros Marina Dias, do Distrito Federal, foi considerada de utilidade pública pelo decreto Municipal nº 6.756 de 16 de agosto de 1940 e pelo decreto Federal nº 6.527 de 19 de novembro de 1940. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

Entre as personalidades destaco, além da própria Beatrix Reynall e o já mencionado Guinle, artistas como Lasar Segall, Oswald Goeldi, D. Pouchot, José Maria de Souza Reis; o poeta Augusto Frederico Schmidt, Rachel de Queiroz; membros da sociedade como Marie Cécile Silveira, “Madame” Rottembourg,¹⁹⁶ Viriato Dornelles Vargas (irmão de Getulio Vargas), Dr. A. Possolo, Dr. Múcio Leão, Anita Lemos Miranda, Mathilde Fonseca de Macedo Soares, o jornalista e político Carlos Lacerda, o Ministro da Guerra – Gen. Eurico Gaspar Dutra (5/12/1936 – 3/8/1945) e o Ministro da Aeronáutica – Joaquim Pedro Salgado Filho (20/1/1941 – 30/10/1945). Muitas dessas pessoas e entidades doaram mais de uma vez para a campanha. Os montantes arrecadados (ver tabela abaixo) eram repassados¹⁹⁷ à Sociedade do Distrito Federal de Assistência aos Lázarus, recebendo Beatriz Reynal um comprovante de doação assinado por algum membro da diretoria.¹⁹⁸

Valor das doações repassadas à Sociedade.	Data da entrega
Cr\$ 8.420,00	→ 28/06/1943
Cr\$ 3.050,00	→ s/d
Cr\$ 680,00	→ s/d
Cr\$ 265,00	→ s/d
Cr\$ 7.450,00	→ 30/06/1943
Cr\$ 7.410,00	→ 30/08/1943
Cr\$ 11.830,00	→ 11/11/1943
Cr\$ 6.050,00	→ 07/01/1944
Cr\$ 3.090,00	→ 31/07/1944
Cr\$ 1.380,00	→ 05/03/1945
Cr\$ 1.310,00	→ 14/03/1945
Cr\$ 1.500,00	→ 05/06/1945

¹⁹⁶ Menciono as senhoras Marie Cécile Silveira e “Madame” Rottembourg devido ao montante e as várias doações que realizaram.

¹⁹⁷ No dia 15 de maio de 1946, depois de encerrada a campanha de 1943-1945, foram doados Cr\$ 4.000,00 aos internos do Hospital Colônia de Curupaiti, e Cr\$ 2.000,00 para os filhos sadios dos lázaros amparados pela Sociedade. Cinco dias depois foram feitas mais duas doações. Ocorreram outras entre 4 de maio e 13 de dezembro de 1950. Campanha Financeira de Béatrix Reynal para a Sociedade de Lázarus Marina Dias. Biblioteca Nacional – Setor Manuscritos. Ref. 24,3,5 – número 3.

¹⁹⁸ Cabe ressaltar que o salário mínimo em maio de 1943 era de Cr\$ 380,00. Este valor permaneceu até o final da Era Vargas. *Anuário Estatístico do Brasil*. <http://www.ibge.gov.br>. Acessado em 19 de março de 2006.

Cr\$ 590,00	→ 30/08/1945
-------------	--------------

Na reunião anual de 1944 dos conselhos deliberativos, fiscal e técnico da Sociedade do Distrito Federal de Assistência aos Lázarus foi ressaltada a importância da campanha organizada por Reynal, para a qual foi proposta uma homenagem em nome da Sociedade.¹⁹⁹

Na segunda metade da década de 1940, estas e outras campanhas de solidariedade angariaram a quantia de Cr\$ 24.254.403,30 – valor que foi usado para a construção e instalação de preventórios em todas as unidades federativas. Desse total, a campanha de Reynal arrecadou Cr\$ 6.000,00. Cabe ressaltar que o Ministério Capanema contribuía com mais de Cr\$ 1.000.000,00 para as ações da Federação. Após o fim da Era Vargas, essa entidade aumentou as campanhas de solidariedade como forma de manter seu projeto assistencial. Em 1948, foram arrecadados Cr\$ 8.122.301,30 para a manutenção dessas instituições, através de festas e de doações dos sócios das Sociedades.²⁰⁰ Cabe ressaltar que na vigência do presidente Dutra (1946-1951) os recursos para a Federação diminuíram consideravelmente, logo, os donativos tornaram-se muito importantes para a manutenção do projeto preventorial.²⁰¹

Em diversos momentos, Eunice Weaver, a presidente da Federação das Sociedades de Assistência aos Lázarus e Defesa Contra a Lepra, foi solicitada a mediar problemas entre as administrações estaduais e as direções dos preventórios.²⁰² Isso evidencia a liderança que exercia, o reconhecimento não apenas das companheiras das diversas Associações como das elites políticas locais. Nessa conjuntura, verifica-se também que a Federação começa a atuar como instrumento da política externa varguista. A política de combate à lepra e a mobilização da filantropia pelo Estado durante a gestão ministerial de Capanema foram utilizados como propaganda da saúde pública brasileira.

¹⁹⁹ Matéria intitulada *Sociedade do Distrito Federal de Assistência aos Lázarus* publicada no periódico *O Jornal* no dia 14 de abril de 1945. Biblioteca Nacional – Setor Manuscritos. 24,3,5 – número 1.

²⁰⁰ Weaver, 1949: 6.

²⁰¹ Weaver, 1949.

²⁰² *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

Na Colômbia, também, as mulheres foram convocadas, pela imprensa médica para organizar instituições de caridade para crianças, no bojo de campanhas anti-leprosas. Sociedades de caridade e preventórios amparavam os órfãos, e as mulheres que militavam nas sociedades filantrópicas passaram a encarar a separação dos descendentes de seus pais enfermos como uma missão. Na década de 1940, em Bogotá, a Sociedad de Prevención Infantil comandada por Elvira Lleras Restrepo cuidava de um preventório feminino. Esta política seguia o modelo implantado no Brasil e, em seguida, na Argentina,²⁰³ sendo difundida a “imagem de la gran heroína de la filantropía, la brasileña Eunice Weaver, esposa de un profesor norteamericano, quien recorría el mundo pronunciando discursos emotivos”.²⁰⁴

No caso colombiano, a filantropia teve apoio do empresário Guillermo Greiffenstein que, após assistir ao Congresso de Havana, em 1948, fundou em Medellín a Liga Nacional de Ayuda a los Leprosos. A entidade publicou uma revista de divulgação, uma cartilha informativa, beneficiou centenas de enfermos com tratamento gratuito, realizou melhorias nos leprosários e nos preventórios para meninos sadios.²⁰⁵

O governo Vargas priorizou acordos internacionais favoráveis ao café – principal produto da economia brasileira. Na década de 1930, a política externa brasileira, destaca Moura, “pode ser descrita como uma política de *equidistância pragmática* entre duas potências tanto em questões comerciais, como políticas e militares”.²⁰⁶ Durante a II Guerra Mundial, o país manteve-se neutro por considerável tempo, fazendo alianças econômicas com Estados Unidos e Alemanha.²⁰⁷ Contudo, durante a gestão de Oswaldo Aranha como ministro das Relações Exteriores (1938-1944), buscou-se fortalecer a união pan-americana, através da aproximação com os países da América Latina e os acordos com o governo norte-americano.²⁰⁸

²⁰³ Na Argentina havia o Patronato de Leprosos de la República Argentina que reunia casas filiais e sub-filiais. Maiores informações, ver: Torres, 2002: 351.

²⁰⁴ Torres, 2002: 351.

²⁰⁵ Torres, 2002: 351-352.

²⁰⁶ Moura, 1993: 179.

²⁰⁷ Abordo no capítulo 3, a relação do governo brasileiro com o norte-americano no campo da saúde.

²⁰⁸ Verbete Oswaldo Aranha. Abreu, Beloch, Lamarão, Lattman-Weltman, 2001.

Outro possível desdobramento internacional das políticas de combate à lepra desenvolvidas pelo Ministério é sugerido pelo fato de que, em março de 1939, Alzira Vargas encaminha a Gustavo Capanema pedido do governo cubano de todas as publicações do Ministério sobre a lepra, evidenciando a notoriedade da política adotada no Brasil.²⁰⁹

Em setembro de 1943, Eunice Weaver enviou carta a Capanema para agradecer a forma como fora apresentada ao ministro da Saúde do Paraguai, às vésperas da visita que faria a Assunção, para divulgar a política médica e assistencial do ministério varguista.²¹⁰

As ações externas de Eunice Weaver,²¹¹ presidente da Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, prosseguiram após a queda do governo Vargas, mas tendo sempre a gestão de Capanema²¹² como modelo a ser exportado a outros países do continente.

Entre agosto e setembro de 1946, ela realizou longa viagem por países da América para divulgar a política de combate a lepra adotada no Brasil através da exibição de filmes sobre os leprosários e preventórios.²¹³ De Nova Orleans, enviou a Capanema longo telegrama sobre as impressões da viagem a Cuba, destacando o êxito do governo cubano na educação e saúde. Em Havana, Weaver proferiu várias palestras e fundou duas “Sociedades de Assistência aos Lázaros” a pedido do ministro cubano de Sanidade e Assistência. As autoridades daquele país tinham prometido inaugurar um preventório no ano seguinte. Em outras cartas a Capanema, Eunice Weaver narraria as visitas feitas ao México, Guatemala, Costa Rica e Equador. Em todos esses países, proferiria palestras

²⁰⁹ Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV

²¹⁰ *Arquivo Gustavo Capanema* GC b Weaver. E. CPDOC/FGV.

²¹¹ As relações entre Eunice Weaver e Gustavo Capanema permaneceram após o fim do Estado Novo. Em fevereiro de 1946, Maria Capanema compareceu ao almoço oferecido a Eunice Weaver por ocasião do seu afastamento da presidência da Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros. No final deste mesmo mês, Eunice Weaver enviou um telegrama para Capanema desejando boa viagem para os Estados Unidos, e mais uma vez destacou seu engajamento na luta contra a lepra. *Arquivo Gustavo Capanema* GC b Weaver. E CPDOC/FGV.

²¹² Em 1951, Capanema destacou que todas as homenagens recebidas pela Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, eram mais que merecidas, pois a força e o engajamento de Eunice Weaver em prol da questão da lepra eram notórias. *Arquivo Gustavo Capanema* GC b Weaver. E CPDOC/FGV.

²¹³ *Arquivo Gustavo Capanema* GC b Weaver. E. CPDOC/FGV.

ressaltando a atuação do governo Vargas no combate à lepra.²¹⁴ A obra preventorial recebeu elogios na Conferência Pan-Americana de Lepra (Rio de Janeiro, 1946), e na Conferência Internacional de Lepra (Havana, 1948) foi aprovada a proposta de assistência social às vítimas do mal de Hansen apresentada por Eunice Weaver.²¹⁵

No final do Estado Novo num momento em que no continente americano se acirrava a oposição aos regimes autoritários, as pressões pela redemocratização e a ampliação dos canais de debate social, aconteceu na capital brasileira a II *Conferência Nacional de Assistência Social aos Lázaros* (julho de 1945). Deveu-se a pedido feito pelo ministro Capanema diretamente à presidência da Federação. Patrocinada por Getúlio Vargas, que compareceu à cerimônia de encerramento, a Conferência teve como presidente de honra o próprio ministro da Educação e Saúde, que proferiu um discurso na sessão inaugural. A comissão organizadora foi comandada por Eunice Weaver e Ernani Agrícola. A II Conferência superou a primeira ocorrida em 1939: contou com mais de 100 entidades filiadas, além de médicos e funcionários do Serviço Nacional de Lepra e de outros serviços de saúde pública. Dela participou também o Dr. Jose M. MacDowell da Costa, representante da Ordem Militar e Hospitalar de São Lázaro de Jerusalém (França), e o Dr. H. C. Tucker, representante da American Mission to Lepers (Estados Unidos).²¹⁶

Ernani Agrícola, chefe do Serviço Nacional de Lepra, destacou a importância do evento, dos temas debatidos e o papel da Federação no combate à lepra, ressaltando que a subvenção anual do Ministério para a área preventorial, ascendia a Cr\$ 1.000.000,00.²¹⁷

A centralização na presidência da Federação e a estreita aliança com o Ministério são evidenciadas nos regulamentos dessa segunda Conferência, pois foram considerados membros dela os delegados das Sociedades de Assistência aos Lázaros, filiadas à

²¹⁴ Arquivo Gustavo Capanema GC b Weaver. E CPDOC/FGV.

²¹⁵ Weaver, 1949: 7.

²¹⁶ Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra. *Anais da II Conferência de Assistência Social aos Lázaros*. Rio de Janeiro, Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, 1946

²¹⁷ Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra. *Anais da II Conferência de Assistência Social aos Lázaros*. Rio de Janeiro, Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, 1946, p. 30.

Federação; os representantes oficiais do governo da União, dos Estados, do Distrito Federal, dos Territórios e dos Municípios.

Os temas debatidos pela II Conferência foram os seguintes:

“I – Assistência Social aos filhos sadios dos doentes de lepra; encaminhamento do egresso dos preventórios”.

“II – Funcionamento e manutenção dos preventórios”

“III – Trabalho educacional nos preventórios: sua orientação e execução”

“IV – Reajustamento social das famílias dos doentes de lepra”

“V – Assistência social aos doentes de lepra”²¹⁸

Dentre as conclusões relativas ao primeiro tema, destaco: a assistência social ao filho sadio do lázaro devia ser responsabilidade dos familiares. Na ausência dessa possibilidade, seria forçosamente encaminhado para os preventórios.²¹⁹

Quanto ao segundo tema, a presidência da Sociedade de Assistência aos Lázaros era a responsável por definir a orientação geral dos preventórios por ela administrados. As direções destas instituições deviam estabelecer acordos com os Serviços Estaduais de Profilaxia da Lepra para obter leprólogos-dermatologistas, responsáveis pela vigilância sanitária dos internos. Sobre a relação entre filantropia e serviços médicos, ficou estabelecido que o administrador de cada preventório não deveria de modo algum, entrar em conflito com “as recomendações de ordem médica e profilática”.²²⁰ Os recursos para manutenção das atividades preventoriais provinham de contribuições particulares e dos governos federal, estadual e municipal. Cabia à Sociedade solicitar aos poderes públicos o aparelhamento técnico-educativo e o pessoal necessário. Os internos trabalhavam com a finalidade de aprendizagem, e tinham ‘liberdade de escolha moral e espiritual’, mas desde que observassem “os princípios da crença em Deus”.²²¹

²¹⁸ Idem, p. 14-15.

²¹⁹ Idem, p. 373.

²²⁰ Idem, ibidem.

²²¹ Idem, p. 374

O terceiro tema versava sobre orientação educacional: além do ensino formal, os internos tinham acesso a esportes, áreas de lazer e podiam formar grupos de escoteiros e bandeirantes. As administrações públicas encaminhariam professores especializados para ensinar atividades industriais e agrícolas. Seguindo as determinações da Conferencia Nacional de Assistência, de 1939, reafirmou-se que “para eliminar preconceitos sociais contra a descendência dos leprosos, os estabelecimentos destinados a seus filhos sadios deverão ter, de preferência, a denominação de “educandário””.²²²

A inserção dos internos na sociedade era o quarto tema. A orientação aprovada dizia que,

“para a campanha do reajustamento social, necessário se torna firmar no espírito público, a fim de evitar injustificado receio em face dos dependentes dos lázaros: a) que os mesmos não constituem perigo para a sociedade quando sob perfeita vigilância sanitária; b) que a lepra só se transmite após contato real, íntimo e prolongado com doente contagiante; c) que a doença é suscetível de cura e não é hereditária; d) que os filhos dos lázaros, quando retirados do meio infectante, ao nascer, ficam isentos do mal”.²²³

Os trabalhos realizados pelos internos em leprosários e preventórios eram remunerados, e as famílias recebiam auxílio financeiro para facilitar seu reajustamento social. América Xavier da Silveira, presidente da comissão formada para tratar deste tema, destacou que a Sociedade de Assistência aos Lázaros do Distrito Federal, em 1945, doava pensão mensal para as famílias amparadas no valor de Cr\$ 1.000,00.²²⁴ Elas também recebiam café em pó do Departamento Nacional de Café, assim como roupas e utensílios coletados por campanhas de doação.²²⁵

O grupo de trabalho que tratou da assistência social aos lázaros, como dever social, formulou propostas que seriam enviadas aos órgãos competentes: isenção de impostos e

²²² Idem, *ibidem*.

²²³ Idem, p. 375.

²²⁴ Idem, 290.

²²⁵ A Sociedade da Capital Federal era beneficiada pelas doações comandadas por Béatrix Reynal, sobre quem abordei neste capítulo.

taxas federais, estaduais e municipais para propriedades de lázaros; reconhecimento, por parte da União, das organizações estaduais de assistência judiciária e extra-judiciária aos doentes de lepra e seus dependentes; isenção de impostos para as instituições beneficentes, os doentes e suas famílias; concessão pelos Institutos e Caixas de Aposentadoria e Pensões do salário integral para os lázaros; revisão da lei de registro civil, afim de não constarem os leprosários nas certidões de nascimento, casamento e óbitos, mas sim no distrito de paz em que ocorreram; por último, que a lepra não fosse indicada como causa-mortis nos atestados de óbito.²²⁶

Ao se analisar esses anais, percebe-se a ratificação e ampliação do conteúdo do Regulamento dos Preventórios, assim como o endosso das conclusões da Primeira Conferência, de 1939. A conferência de 1945 foi um evento organizado sobretudo pela Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros, e tratou de fazer principalmente o balanço das políticas de combate à lepra adotadas pelas entidades filantrópicas, pelos governos estaduais e o Ministério da Educação e Saúde.

O Simpósio Sobre Profilaxia da Lepra que se realizaria no Rio de Janeiro em julho de 1962, por iniciativa da Associação Brasileira de Leprologia, retomaria pontos discutidos na II Conferência, como a assistência aos filhos de hansenianos, por órgãos assistenciais não específicos ou preventórios clássicos, a assistência social aos doentes e suas famílias, incluída a manutenção pelo Estado e a reintegração do doente na comunidade. Cabe ressaltar que Eunice Weaver participou de todas essas discussões.²²⁷

Nesse capítulo, apresentei um histórico das entidades assistenciais no combate à lepra. Enquanto, a gestão de Alice Tibiriçá no comando da Sociedade de Assistência aos Lázaros definiu uma política de autonomia frente aos poderes públicos, sua sucessora, Eunice Weaver, mudou essa conduta, aproximando-se da política ministerial de Gustavo Capanema. Percebe-se então o crescimento da campanha preventorial graças ao apoio federal. Por fim, indico a *II Conferência Nacional de Assistência Social aos Lázaros* como momento de avaliação das políticas adotadas pelo Ministério que marcariam o debate sobre

²²⁶ Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra. *Anais da II Conferência de Assistência Social aos Lázaros*. Rio de Janeiro, Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, 1946, p. 375.

²²⁷ Maiores informações, ver: Associação Brasileira de Leprologia. *Simpósio Sobre Profilaxia da Lepra*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1964.

a lepra por muitos anos. No próximo capítulo, falarei da política de combate à lepra adotada pelo Ministério da Saúde e Educação ao longo da Era Vargas, mais especificamente na gestão de Gustavo Capanema (1934-1945).

Capítulo III – Ministério da Educação e Saúde: Gestão Capanema (1934-1945) e a lepra.

“A obra de Vossa Excelência, em todos os seus sectores e aspectos, é grandiosa e fecunda. Por causa dela viverá Vossa Excelência na memória imperecível das gerações. Dentro dessa magna obra, a campanha contra a lepra há de ser sempre considerada como um título de significação sem par, pois tal empreendimento não interessa somente ao bem de nossa pátria, mas está ligado ao próprio coração da humanidade”.

(Gustavo Capanema)

Neste capítulo, analiso o lado ‘oficial’ da política de combate à lepra durante a Era Vargas, após a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, em 1930, no âmbito das reformas implementadas a partir de então, e, especialmente, durante a prolongada gestão de Gustavo Capanema (1934-1945). A documentação apresentada aqui foi pesquisada, em sua grande maioria, no Arquivo Gustavo Capanema, doado pelo próprio²²⁸ ao Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil da Fundação Getúlio Vargas, no Rio de Janeiro.

3.1- A criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (1930).

A Revolução de Outubro de 1930 possibilitou a tomada do poder por diversos segmentos sociais capitaneados por Getúlio Vargas, que, depois de assumir o Executivo, dissolveu o Congresso Nacional e as câmaras estaduais e municipais. Em todas as unidades federativas foram colocados interventores escolhidos pelo poder central, sendo limitada a sua autonomia – exceto o governador de Minas Gerais, Olegário Maciel, que apoiou o movimento armado da Aliança Liberal, foi mantido no cargo. A administração pública varguista teve como características principais o intervencionismo político, a centralização e a expansão da burocracia.

A Era Vargas compreende três períodos - Governo Provisório, Governo Constitucional e Autoritarismo Corporativista – interligados, segundo Diniz, por uma “continuidade básica”.²²⁹ Para essa autora, encarar o período como um longo processo de transição ajuda a entender “as metamorfoses de Vargas enquanto líder político e as mudanças que marcam seu primeiro governo”.²³⁰ A mudança mais significativa foi o enfraquecimento do grupo agroexportador e a ascensão concomitante dos interesses urbano-industriais.

²²⁸ Os documentos foram enviados para esta instituição em 4 remessas, a partir de 1978. A doação foi oficializada em junho de 1980. Mais informações sobre esse acervo, ver: Moreira, 2000.

²²⁹ Diniz, 1996: 86.

²³⁰ Diniz, 1999: 24.

Criado já em novembro de 1930, o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) é um dos marcos inaugurais da política nacional que passaria a ser implementada nesse setor da vida social através de numerosas agências e unidades de serviços. No final da década de 1910, fora proposta a criação do Ministério da Saúde e Instrução Pública. Formulada pelo movimento sanitarista²³¹ e encaminhada ao Congresso Nacional, não foi aprovada por causa da oposição das oligarquias, que viam nessa medida uma brecha para a interferência do governo federal nos Estados.²³² A criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), em 1920, foi a solução encontrada para viabilizar o combate às endemias no país.

Assim, algumas medidas adotadas nessa área pelo Estado após a Revolução de 1930 foram projetadas em debates ocorridos pelo menos duas décadas antes, e, graças à criação do DNSP,²³³ o governo varguista herdou “uma estrutura estatal e uma burocracia com razoável capacidade de atuação autônoma sobre o território nacional”.²³⁴ Contudo, somente após 1930 foram implementadas políticas públicas sistemáticas de alcance nacional, através de programas de combate a endemias. Mantiveram-se as prioridades da agenda sanitarista, mas em condições institucionais mais favoráveis a práticas centralizadoras e coercitivas. As ações do novo Ministério buscaram atingir amplos setores da sociedade anteriormente excluídos.

Os primeiros anos do governo Vargas foram marcados por forte instabilidade política, devida, em grande parte, à diversidade de forças engajadas no processo que culminou com a Revolução de 1930. Os interesses divergentes das elites regionais que defendiam o federalismo, e dos tenentes, partidários da centralização, refletiam-se na arena política, tanto na disputa por cargos na administração pública como na definição dos rumos do governo.²³⁵ Na concepção das elites regionais, hegemônicas, cabia ao Estado dinamizar a administração pública para atingir o crescimento econômico. Isso requeria “a constituição de um aparato governamental que atuasse em todo o território nacional, conjugando a ação governamental nas esferas federal, estadual e municipal em um projeto

²³¹ A importância do movimento sanitarista foi destacada no primeiro capítulo deste estudo.

²³² Maiores informações, ver Hochman, 1991.

²³³ Esta conjuntura foi abordada no capítulo 1, deste trabalho.

²³⁴ Hochman, 1993: 55.

²³⁵ Maiores informações sobre este contexto político, ver: Gomes, 1980.

unificado”.²³⁶ A criação do MESP foi um subproduto da centralização do poder, da “ampliação da autonomia e da capacidade de intervenção do Estado brasileiro”,²³⁷ consubstanciada na reforma administrativa²³⁸ implementada durante o Governo Provisório.

Até a Era Vargas, não havia em São Paulo uma secretaria voltada para a saúde, sendo esta área vinculada à Secretária dos Negócios do Interior. Somente em março de 1931, foi criada a Secretária de Estado da Educação e da Saúde Pública. Nesse mesmo ano, a reforma do Serviço Sanitário implementada por seu diretor, Sales Gomes,²³⁹ contemplou a criação ou reformulação de serviços especializados: inspetorias da lepra, sífilis, moléstias venéreas, tuberculose, higiene da infância; anexação dos laboratórios dos centros de saúde ao Instituto Bacteriológico e extinção das inspetorias municipais. A definição de uma política centralizada de combate à lepra ocorreu logo no início do período, mas também nesse plano estadual foi herdeira dos serviços montados ao longo dos anos 1920.²⁴⁰

Entre 1930 e 1934, o Ministério da Educação e Saúde Pública sofreu diversas reformas através de dezenas de atos legislativos. Segundo Warlich, buscava-se a definição de um rumo para ele: “muitas das modificações se cingiam a simples alteração de denominação, e até a estrutura do órgão extinto continuava em vigor”.²⁴¹ Essa teria sido uma “fase experimental”²⁴² do processo de centralização administrativa e de intervencionismo estatal.

As mudanças de ministros que o MESP sofreu até a posse de Capanema podem ser interpretadas nessa moldura. O primeiro titular da nova pasta foi Francisco Luis da Silva Campos. Exerceu o cargo até agosto de 1931, quando foi substituído por Belisario Augusto de Oliveira Pena. Este foi ministro apenas de setembro a dezembro de 1931. Nesse mês, Francisco Campos reassumiu a pasta, e permaneceu à frente dela até setembro de 1932,

²³⁶ Hochman & Fonseca, 1999: 81.

²³⁷ Diniz, 2004: 6.

²³⁸ Maiores informações, ver: Wahlich, 1983; Fonseca, 1991; Fonseca, 1993.

²³⁹ Francisco Sales Gomes Junior foi um dos principais personagens das políticas de combate à lepra no estado de São Paulo durante a Era Vargas. Foi diretor do Serviço Sanitário, secretário da Educação e Saúde Pública e diretor do Departamento de Profilaxia da Lepra durante todo o Estado Novo.

²⁴⁰ Maiores informações sobre a gestão de Sales Gomes, ver Monteiro, 1995

²⁴¹ Warlich, 1983: 24.

²⁴² Fonseca, 1991: 15.

quando foi designado seu sucessor, Washington Ferreira Pires, o qual chefiou o ministério até julho de 1934. Por fim, assumiu Gustavo Capanema, que se manteve no cargo até o final do Estado Novo, em outubro de 1945.

Logo no início da gestão de Francisco Campos, em novembro de 1930, foram extintos os Serviços de Saneamento Rural e de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas, órgãos do DNSP mais atuantes nos estados. A idéia foi sugerida por Belisário Penna, e teve em Heraclides César de Souza-Araujo - chefe do Laboratório de Leprologia do Instituto Oswaldo Cruz - seu maior oponente. Ele chegou a escrever carta ao presidente Vargas, argumentando que aqueles serviços constituíam o principal arsenal de combate à lepra, e contavam com rede estruturada pelo país.²⁴³

A primeira estrutura organizacional do novo Ministério incorporou o Departamento Nacional de Saúde Pública e o Instituto Oswaldo Cruz, subordinados até então ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. A falta de verbas para a área da saúde, a dificuldade de atuar fora dos limites do Distrito Federal e de implementar a profilaxia rural preconizada por Belisário Penna,²⁴⁴ então chefe do Departamento, levou a uma crise com o titular da pasta, Francisco Campos.²⁴⁵ Como vimos, Penna assumiu o seu lugar, mas por quatro meses apenas, até Campos retornar ao cargo em dezembro de 1931.

Desde o início da Era Vargas (1930-1945) foram implementadas reformas administrativas visando fortalecer a presença do Estado em todo o território nacional. As mudanças adquirem caráter mais sistemático após 1934, quando chega ao fim o Governo Provisório.

A integração do 'interior' como forma de consolidar o Estado, o controle da sociedade, sua modernização, a industrialização inclusive com a legislação trabalhista

²⁴³ Souza-Araujo, 1956: 597-598.

²⁴⁴ Ele fora um dos líderes do movimento sanitário, isto é, defendia saneamento do mundo rural como prioridade das políticas públicas. Enquanto ocupou a direção do DNSP, Penna invariavelmente se opôs ao montante repassado para a área de saúde, pois segundo ele, a redução da verba indicava que não havia priorização para essas atividades. Maiores informações, ver: Fonseca, 1991.

²⁴⁵ Francisco Campos era importante político mineiro, intelectual de prestígio ao longo do governo Vargas, sendo um dos ideólogos do Estado Novo. Ele deixou o MESP, em 1931, por problemas com Oswaldo Aranha, então ministro da Justiça, mas retornou logo depois, através de negociação com o próprio presidente Vargas. Maiores informações, ver: Abreu; Beloch; Lamarão; Lattman-Weltman, 2001.

foram prioridades governamentais. O êxodo rural e o conseqüente aumento populacional das cidades favoreceram este processo.

Na documentação referente ao MESP, encontram-se numerosas referências à importância de se debelar doenças e de se promover uma reestruturação saneadora do campo. O Ministério foi um dos poucos canais de invenção do Estado nessa parte do Brasil.²⁴⁶ Contudo, o desenvolvimento do meio rural não obteve o êxito que ocorreu no mundo urbano – como a industrialização e a legislação trabalhista. Os sanitaristas da década de 1920 ambicionavam ver o campo civilizado, e essas esperanças foram depositadas no governo varguista, que não teve interesse de enfrentar os latifundiários. Estes continuavam a ser uma das bases de sustentação do governo varguista, e o próprio presidente Vargas era estancieiro no Rio Grande do Sul.

A relação cidade-campo estava presente no debate sobre saúde pública, pois muitas das endemias tinham maior incidência no interior, e o controle sanitário era muito mais deficitário nesta parte do Brasil do que em sua porção urbana. As equações etiológicas e os modos de transmissão de muitas das endemias visadas pelos sanitaristas envolviam uma relação biológica e social de ‘interdependência’ do campo e cidade. Doenças como a febre amarela, tinham seus reservatórios de vírus no interior.²⁴⁷ A situação econômica do campo, por sua vez, agravava os problemas de saúde das cidades, contribuía para o êxodo rural e o crescimento demográfico no meio urbano.

Getulio Vargas ressaltava que somente a Revolução de 1930 operara a “simbiose necessária entre homens de pensamento e de ação”.²⁴⁸ Cabe ressaltar que os intelectuais brasileiros desde a década de 1920 buscaram com maior ênfase à temática de ‘descobrir’ o Brasil,²⁴⁹ após a implementação do Estado Novo, os intelectuais passaram a ter “profunda inserção social na organização política-ideológica”,²⁵⁰ atuando em diversos cargos públicos e ativamente no Ministério Capanema.

²⁴⁶ *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

²⁴⁷ Maiores informações, ver Benchimol, 2001.

²⁴⁸ Velloso, 2003: 153.

²⁴⁹ Veloso & Madeira, 2000.

²⁵⁰ Velloso, 2003: 149.

Em artigo publicado na revista *Cultura Política*, periódico vinculado ao governo, através do Departamento de Imprensa e Propaganda (DIP), Gilberto Freyre afirmou que:

“Com o atual Presidente, a base do governo – de sua técnica – deslocou-se de pura interpretação política dos problemas, acompanhada de soluções ou tentativas de soluções apenas financeiras e jurídicas, para lançar o Brasil em busca de novas bases para as técnicas de governo e de administração: sociais, e principalmente sociológicas e econômicas”.²⁵¹

Vargas viajou por todo o país. Suas impressões sobre os lugares que visitou foram registradas em diário que manteve entre 1930 e 1942. No Maranhão, em setembro de 1933, fez uma “visita aos leprosos, ao quartel, etc”. E registrou a “impressão geral desoladora, de abandono, de pobreza”.²⁵² A situação econômica daquele estado, segundo o próprio interventor, Martins de Almeida, era das mais desalentadoras. O apoio que o presidente da República daria à campanha contra a lepra, proposta um pouco mais tarde por Capanema, tem assim alguma ressonância subjetiva.

As reformas implementadas paulatinamente no campo da saúde pública e da assistência médica ao longo da Era Vargas devem ser interpretadas como ‘ferramentas’ do projeto civilizador, pois as populações desfavorecidas do interior passaram a ser alvo de campanhas sanitárias, e assim, em alguma medida, houve incorporação dessas camadas a serviços que eram, até então, privilégio de setores urbanos. Durante a Primeira República, as ações federais em saúde eram realizadas, também, através das Inspetorias de Saúde dos Portos e do Serviço de Profilaxia da Febre Amarela, este produto de um convênio com a Fundação Rockefeller.²⁵³ A atuação do governo federal, no plano nacional, estava limitada aos serviços sanitários dos portos; os demais órgãos, apesar de terem abrangência nacional

²⁵¹ FREYRE, Gilberto. “A orientação do governo” In: *Cultura Política*, Ano I, n.5, ago / 1941. Apud: Pécaut, 1990: 70. A trajetória de Freyre nessa conjuntura foi ambígua pois de início se opôs ao governo, mas posteriormente foi nomeado pelo próprio Capanema professor da Universidade do Distrito Federal (1935-1938). Freyre foi também consultor técnico do Patrimônio Nacional (1937-1957). Logo estava sintonizado com os ideais varguista, assim como a maioria dos intelectuais da época. Maiores informações, ver: Abreu; Beloch; Lamarão; Lattman-Weltman, 2002.

²⁵² Vargas, 1995: Vol. I, 240.

²⁵³ Mais informações, ver: Benchimol, 2001.

em seus regulamentos, na prática atuavam somente no Distrito Federal e em algumas capitais mais importantes.

Somente após a reforma realizada pelo ministro Washington Pires,²⁵⁴ em 1934, começaram a ser feitas as modificações necessárias para que a organização sanitária atuasse de forma mais coesa em âmbito federal. A reforma foi alvo de muitas críticas, principalmente de Belisario Penna, pois desestruturou o DNSP ao privá-lo de autonomia administrativa.

Entre as medidas principais da reforma de 1934, destaco a criação da Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social (DNSAMS).²⁵⁵ Teoricamente, a União atuaria nos estados através dessa Diretoria, incumbida de coordenar as diretorias estaduais de saúde. Na prática, a presença federal dava-se, principalmente, através de subsídios destinados ao combate à malária, boubá, peste e lepra, e de convênios com instituições particulares que atuavam assistencialmente. Assumindo as funções do DNSP, a DNSAMS foi organizada em 5 diretorias: dos Serviços Sanitários nos Estados; de Defesa Sanitária Internacional e da Capital da República; de Proteção à Maternidade e à Infância; de Assistência a Psicopatas e de Profilaxia Mental, e por último, Diretoria de Assistência Hospitalar.²⁵⁶

A Inspeção de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas foi extinta em 1934. A Inspeção dos Centros de Saúde, que atuava no Distrito Federal e nas unidades federativas, foi ampliada, transformando-se na referida Diretoria dos Serviços Sanitários nos Estados. Através de chefias nomeadas mediante acordos com as administrações estaduais, esta Diretoria passou a executar os serviços de profilaxia rural, inclusive o combate à malária, à ancilostomose e à lepra.²⁵⁷

²⁵⁴ Washington Pires era mineiro, além de político era médico e professor de higiene.

²⁵⁵ Suas funções eram a: “Orientação, coordenação e fiscalização superiores de todos os serviços de saúde pública e assistência médico-social executados diretamente pela União, ou por esta em cooperação com outros poderes administrativos, e ao qual caberá ainda estabelecer entendimento com as organizações sanitárias regionais no sentido de uniformizar, articular e ampliar as providências técnico-administrativas que atendam ao mesmo interesse coletivo nacional” - Decreto n. 24.438 de 21 de junho de 1934. In: Fonseca, 1991: 26-27.

²⁵⁶ Fonseca, 1991: 27.

²⁵⁷ Ligeiro histórico até 1935 (inclusive) – Realizações do Governo Federal. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

Em 1933, foi instalada a Assembléia Nacional Constituinte, e no ano seguinte, foi promulgada nova carta constitucional, elegendo a Câmara dos Deputados, indiretamente, Getúlio Vargas presidente do Brasil. Foi nessa conjuntura que Gustavo Capanema assumiu o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP).

3.2 - A gestão de Capanema (1934-1945) no Ministério.

Ministro de julho de 1934 a outubro de 1945, Capanema²⁵⁸ assumiu a pasta logo depois da implementação da Reforma de Washington Pires, herdando os serviços criados por ele. Mas não ficou satisfeito com isso e, em 1935, dedicou-se à feitura de novo projeto de reforma do Ministério,²⁵⁹ projeto que foi entregue a Vargas em outubro e enviado à Câmara dos Deputados em dezembro daquele ano.

Ainda em 1935, Salles Gomes, Secretário de Educação e Saúde Pública de São Paulo, transformava a Inspetoria de Profilaxia da Lepra em Departamento de Profilaxia da Lepra. Seu status era tão elevado que, segundo Monteiro, “na Secretaria de Estado, havia dois grandes serviços relacionados com a saúde: um destinado apenas para a ‘lepra’ e outro que se encarregaria de todas as demais doenças”.²⁶⁰ Embora o governo estadual destinasse verbas ao Departamento, este tinha autonomia para buscar recursos com a União, os municípios e a sociedade.

Segundo o relatório de 1935, do Departamento de Profilaxia da Lepra em São Paulo, seus médicos eram unânimes em considerar o isolamento dos doentes como a medida profilática de maior alcance. O isolamento nosocomial requeria número suficiente de leitos, e o domiciliar, poderia ocorrer somente em condições muito especiais. Havia então apenas 55 enfermos nesta condição, enfermos que precisavam ser visitados regularmente pelos médicos do serviço. A organização estabelecida no Estado de São

²⁵⁸ Sobre sua gestão ministerial, ver: Schwartzman, 1983; Gomes, 2000; Schwartzman, Bomeny, Costa, 2000, Bomeny, 2001.

²⁵⁹ Almeida, 2003.

²⁶⁰ Monteiro, 1995: 164.

Paulo, após 1930, passou a ser considerada pela literatura médica sobre lepra como uma das mais eficientes, por organizar o combate à doença independentemente da União, sem sujeitar-se às políticas federais.

A União começava porém a mudar, aproximando-se do modelo instituído em São Paulo. Em 1935, Ernani Agrícola – um dos principais personagens das políticas de combate à lepra ao longo da Era Vargas, ocupava a direção dos Serviços Sanitários Federais nos Estados. Posteriormente ocuparia outros cargos na burocracia do Ministério da Educação e Saúde. – Agrícola e Joaquim Motta, assistente da Secção Técnica Geral de São Paulo, apresentaram projeto que visava a construção de novos leprosários e a melhoria dos já existentes. Devido às incertezas dos conhecimentos médicos sobre a doença, o isolamento era a única medida preventiva recomendada. Ressaltavam, também, a importância de se recensear todos os doentes do país para planejar melhor o número de leprosários requeridos.²⁶¹ Segundo esse projeto, o armamento anti-leproso era constituído pelo *tripé* referido no capítulo anterior de minha dissertação: sua perna principal era, o *leprosário*, onde os doentes eram internados; ao *dispensário*, cabia identificar quem era o portador de lepra, encaminhá-lo para isolamento e examinar os comunicantes (que conviviam com o doente); e os *preventórios* (ou educandários) recebiam e mantinham sob observação os filhos sadios de doentes e as crianças nascidas nos asilos. Cabe ressaltar que os dispensários eram órgãos vinculados aos serviços sanitários estaduais, e os preventórios, como vimos, eram administrados pelas Sociedades de Assistência aos Lázarus e Defesa Contra a Lepra.

Em 1936, longo texto concernente ao combate à lepra foi apresentado a Capanema por Ernani Agrícola, Joaquim Motta, e João de Barros Barreto, importante protagonista da coordenação nacional e da verticalização das políticas públicas em saúde.²⁶²

O objetivo do documento, elaborado já na gestão de Capanema, era mapear as providências essenciais que deviam ser tomadas com relação àquela doença: construção e ampliação dos leprosários; revisão do censo; organização de dispensários e, por último, revisão da legislação sanitária. O documento analisava a situação de cada estado, apresentando informações sobre o número total das vítimas do mal de Hansen com base

²⁶¹ Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

²⁶² Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

em dados no censo realizado pelos serviços estaduais de saúde. Agrícola, Motta e Barros Barreto indicavam quantos enfermos precisavam ser isolados, o número de leprosários que o país precisava ter, o custo de cada leito e a previsão de gastos com a construção das instalações necessárias.

Segundo os autores, havia um total de 30.309 doentes no Brasil, dos quais 76% precisavam ser internados em 43 leprosários, distribuídos da seguinte forma: 3 no Acre, 2 no Amazonas, 5 no Pará, 2 no Maranhão, 1 no Piauí, 2 no Ceará, 1 no Rio Grande do Norte, 1 na Paraíba, 2 em Pernambuco, 1 em Alagoas, 1 em Sergipe, 1 na Bahia, 1 no Espírito Santo, 1 no Rio de Janeiro, 2 no Distrito Federal (cidade do Rio de Janeiro), 6 em Minas Gerais, 5 em São Paulo, 1 no Paraná, 1 em Santa Catarina, 1 no Rio Grande do Sul, 2 no Mato Grosso e 1 em Goiás.²⁶³

Esse estudo serviu de base para a política adotada durante a gestão de Capanema, e se o compararmos com outro documento apresentado por Ernani Agrícola, em 1947 (será analisado no final deste capítulo), percebemos que as ações do governo federal atenderam grande parte do que foi previsto em 1935-1936. Em 1937, o próprio Capanema, em anotações manuscritas sobre as ações do governo no combate à lepra, destacava que 23.237 leproso, do total existente no país (30.309), precisavam ainda ser internados. Segundo essas anotações, havia então 20 leprosários em funcionamento; outros oito seriam inaugurados ao longo daquele ano, e precisariam ser construídos ainda 15, de modo a chegar-se às 43 instituições requeridas pelo país.²⁶⁴

Tais instituições obedeciam à mesma estrutura de organização do espaço dos leprosários paulistas: na ‘zona sadia’, a primeira, ficavam as residências dos funcionários e os prédios da administração, a casa de hóspedes, a portaria, a subestação de energia, e a garagem; na ‘zona intermediária’ encontravam-se os reservatórios de água, o posto de fiscalização de visitas e o local onde os doentes as recebiam; a ‘zona doente’ era a mais importante por alojar as vítimas do mal de Hansen em casas e dormitórios coletivos.²⁶⁵ Nessa zona, também havia hospital, enfermaria, refeitório, lavanderia, escola, prédio para

²⁶³ *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

²⁶⁴ *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

²⁶⁵ Os dormitórios coletivos eram denominados pavilhão de Carville. Chamava-se assim porque seguiam o estilo das construções (com dois pavimentos e varanda ao redor do primeiro andar) do Carville Hospital em New Orleans, Louisiana. Maiores informações, ver: White, 2003.

atividades sociais, igreja, instalações de esporte e lazer e outras instalações.²⁶⁶ Considerável distância separava as zonas doente e sadia, e uma portaria com cancela dava passagem apenas a algumas pessoas “autorizadas a cruzar a demarcação, e raros eram os casos em que um doente recebia autorização para ultrapassar esses limites”.²⁶⁷

O plano de reestruturação das ações federais contra a lepra, baseado no modelo paulista, era formulado e implementado paralelamente ao planejamento da reforma mais geral que Capanema desejava implementar no Ministério, alterando aquela realizada em 1934 por seu antecessor.

A discussão parlamentar sobre o projeto de Capanema estendeu-se até janeiro de 1937, confrontando-se os partidários da centralização política e as elites agrárias, favoráveis a um modelo de federação que restringia a interferência da União.

A forma como agira a União até aquele momento implicava a autonomia dos estados em relação aos recursos e à execução dos serviços. O projeto de Capanema transferia ao ministério o poder e a autonomia de promover a saúde e a educação em todas as unidades da Federação. O governo central teria responsabilidade direta pelos serviços de caráter nacional, e atuaria indiretamente, através da concessão de recursos financeiros ou de parcerias com estados que requisitassem este apoio.²⁶⁸

O projeto sofreu várias mudanças até ser aprovado pela lei 378, de 13 de janeiro de 1937. Foi enfraquecida a intenção inicial de se conceder ao governo federal poder normativo sobre estados e municípios. Mas foi mantida a atuação centralizadora através dos serviços de saúde e da cooperação técnico-financeira da União com os governos locais. Segundo o plano ministerial, a administração dos leprosários era da alçada dos governos estaduais, cabendo às entidades particulares administrarem os preventórios.²⁶⁹

Em fevereiro de 1937, João de Barros Barreto foi nomeado diretor do Departamento Nacional de Saúde, órgão responsável pela administração das atividades em

²⁶⁶ *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

²⁶⁷ Monteiro, 1995: 190.

²⁶⁸ *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

²⁶⁹ *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

saúde pública, tornando-se gradualmente o principal articulador das reformas nesta área. Segundo Hochman, a interiorização da saúde pública:

“Agenda clássica do sanitarismo – parecia ser possível com o incremento da presença do MES nos estados, e o formato institucional escolhido foi verticalizar essas ações, que seriam realizadas separadamente por doença a ser enfrentada, comandadas por um núcleo central que residiria no ministério e implementadas de modo hierárquico nos estados e municípios”.²⁷⁰

Instituída em 1937, a chamada ‘Reforma Capanema’ representou um salto de qualidade no tocante à política nacional em saúde. Ela consolidou a estrutura administrativa do Ministério, “adequando-a aos princípios básicos que orientaram a política social do governo Vargas”.²⁷¹ Através das recém-criadas Delegacias Federais de Saúde da pasta que passou a chamar-se Ministério da Educação e Saúde (MES), a União promoveria e supervisionaria as atividades de saúde e assistência médico-social em todas as unidades federativas.

A reforma de 1937 criou também as Conferências Nacionais de Saúde, com o objetivo de discutir o papel da União nas políticas públicas dos estados e municípios.²⁷² O Fundo Nacional de Saúde passaria a suprir as demandas das administrações locais, que eram deficitárias, cabendo ao Instituto Nacional de Saúde Pública realizar pesquisas sobre os problemas sanitários do Brasil. O Fundo e o Instituto “nunca saíram do papel”.²⁷³

O Departamento Nacional de Saúde dividiu o país em oito regiões para facilitar a implementação das políticas públicas. A primeira era composta pelo Estado do Rio de Janeiro e o Distrito Federal; a segunda compreendia o território do Acre e os estados do Amazonas e Pará; a terceira região era formada pelo Maranhão, Piauí e Ceará; a quarta pelo Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco e Alagoas; a quinta por Sergipe, Bahia e

²⁷⁰ Hochman, 2001: 136.

²⁷¹ Hochman & Fonseca, 1999: 82.

²⁷² *Arquivo Gustavo Capanema*. GC 34.06.21 CPDOC/FGV

²⁷³ Hochman, 2001: 139.

Espírito Santo; a sexta por São Paulo e Mato Grosso; a sétima pelo Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná e finalmente a oitava por Minas Gerais e Goiás.²⁷⁴

As Delegacias Federais de Saúde passaram a administrar essas oito regiões. As cidades-sedes, por região, eram: Rio de Janeiro, Belém, Fortaleza, Recife, Salvador, São Paulo, Porto Alegre e Belo Horizonte. O DNS atuava diretamente apenas na região composta pelo Distrito Federal e o Estado do Rio de Janeiro, sem que houvesse aí uma Delegacia.

A reforma do ministério foi fruto de um projeto de construção nacional baseado numa política centralizadora e intervencionista. Fonseca (1993: 9) assinala uma de suas principais características: um “autoritarismo corporativista, com amplo aparato burocrático-estatal, centralizando as instâncias decisórias superiores e atribuindo ao Executivo autonomia nas decisões finais”. Não obstante o empenho em atender aos interesses de determinados setores, como forma de legitimar seu poder, o governo federal transformou problemas sociais em alvos de políticas públicas importantes.

3.3- A Reforma Capanema (1937) e a lepra

Em relação à lepra, um dos frutos da Reforma de Capanema foi a intensificação do programa de construção de leprosários após 1937. O plano proposto por Joaquim Motta, Barros Barreto e Ernani Agrícola foi colocado em prática, mas precisou ser atualizado devido à importância e complexidade que o problema ganhou quando passou a ser objeto de ações nacionais. A primeira parte do plano era a pesquisa, a ser realizada no Instituto Oswaldo Cruz e no Centro Internacional de Leprologia.²⁷⁵ A segunda parte dizia respeito ao censo para apurar-se mais corretamente o número de doentes no país. A terceira parte versava sobre a profilaxia, a terapêutica e a administração dos órgãos dedicados ao

²⁷⁴ *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV

²⁷⁵ Sediado no Instituto Oswaldo Cruz, esse órgão foi organizado no Rio de Janeiro em 1934 pelo governo federal, com a cooperação da Sociedade das Nações e do benemérito Guilherme Guinle. O primeiro diretor foi Carlos Chagas, substituído pelo professor Eduardo Rabello. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

combate à lepra, e compreendia as seguintes frentes de trabalho: descobrimento e isolamento do doente; vigilância sanitária; tratamento da vítima do mal de Hansen; educação sanitária das massas e consolidação do armamento anti-leproso (leprosários, dispensários e preventórios). A quarta parte do plano de Motta, Barreto e Agrícola dizia respeito à legislação.²⁷⁶

Em 1937, havia 25.000 leprosos ‘fichados’, estimando-se que o total no país ascendesse a 50.000.²⁷⁷ Nesse ano, pela primeira vez, todas as unidades federativas receberam recursos para o combate à lepra, inclusive para a construção, manutenção e instalação de leprosários.²⁷⁸

O Ministério passou a fazer propaganda para informar a população sobre “as condições de contágio, os meios de propagação da moléstia e o charlatanismo médico e farmacêutico”.²⁷⁹ O Serviço de Propaganda e de Educação Sanitária do MES solicitou a diversos jornais do país que publicassem notícias sobre as ações da campanha em suas respectivas regiões. Filmes de propaganda foram encomendados para serem projetados preferencialmente nos cinemas de Manaus e Belém, com intuito educar e informar as populações da Região Norte, supostamente atingidas de forma intensa pela lepra.²⁸⁰

A divulgação dos trabalhos desenvolvidos pelos órgãos de saúde foi largamente utilizada na Era Vargas. Na documentação do Arquivo Gustavo Capanema encontram-se vários relatórios e publicações informando a situação do combate à lepra em cada unidade federativa, com vasto material iconográfico sobre o andamento das obras ou as instituições já concluídas. O Departamento Estadual de Imprensa e Propaganda publicou, em 1943, por exemplo, *Saúde pública em Santa Catarina*. Tratava, entre outros assuntos, da lepra (oito páginas sobre esse assunto, de um total de 40), especialmente da Colônia Santa Teresa.²⁸¹

²⁷⁶ Informações baseadas em anotações manuscritas de Capanema. Rio de Janeiro, 1937. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

²⁷⁷ Esse cálculo estava baseado em Souza-Araújo, 1933.

²⁷⁸ Capanema, Gustavo. *Resumo pedido pelo senhor Presidente – Combate à lepra*. Rio de Janeiro, 1937. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

²⁷⁹ Cunha, 2005: 112.

²⁸⁰ Queiroz, Mário de. Relatório da 2ª Delegacia Federal de Saúde. Belém, 1º de fevereiro de 1938. Documento referente ao mês de janeiro de 1938, e enviado pelo Delegado Federal de Saúde da 2ª Regional para o presidente Getúlio Vargas. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

²⁸¹ Maiores informações sobre a lepra nesse estado, ver: Mattos, 2002.

Localizada a cerca de 12 km de Florianópolis, fora inaugurada em março de 1940 com a presença do presidente Vargas e do interventor Nereu Ramos (1935-1945). As fotos tomadas em 1942 ilustravam as instalações, residências, aspectos dos arredores, plantações, ruas e praças. Vistas panorâmicas da colônia mostravam os internos praticando esportes, passeando, tocando na banda de música e em outras atividades sociais. Por sua vez, a *Sociedade de Assistência aos Lázaros de Santa Catarina* mantinha o Educandário Santa Catarina, com recursos públicos e privados. A publicação do Departamento Estadual de Imprensa e Propaganda continha fotos das instalações e das crianças internadas.²⁸²

Convidado para a inauguração do leprosário de Itanhenga, no Espírito Santo, o ministro Gustavo Capanema listou, num documento manuscrito, os pontos principais de seu discurso: a atuação do presidente Getúlio Vargas; a revolução e a lepra; o armamento anti-leproso do Distrito Federal; a política de auxílio federal aos Estados, até chegar à modelar instituição capixaba, o leprosário de Itanhenga, inaugurado em abril de 1937.²⁸³ Segundo Capanema, a lepra, presente desde o período colonial, era um dos maiores problemas do Brasil, e nesse discurso o número total de doentes apresentado ainda é o de 50 mil.²⁸⁴ Na avaliação do ministro, os poderes públicos pouco haviam feito até então para combater a doença. Na década de 1920, os sanitaristas tinham conseguido realizar alguma coisa, mas somente após a Revolução de 1930 a lepra passaria a ser alvo de combate sistemático, tendo os interventores federais feito muito nesse sentido Capanema destacava os de São Paulo.²⁸⁵

Em outubro de 1937, quando foi inaugurado o leprosário do Bonfim, em São Luis (Maranhão), ele foi representado por Barros Barreto, diretor do Departamento Nacional de Saúde. Em seu discurso, este salientou o engajamento do governador Paulo Ramos (1936-1945) na causa sanitária, a necessidade do censo da lepra no Estado e a importância de envolver a sociedade maranhense em iniciativas filantrópicas em proveito das famílias,

²⁸² Biblioteca Nacional, Iconografia, Caixa 81 n.º.5.

²⁸³ *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

²⁸⁴ Boletim Mimeografado, número 3 – Combate à lepra. Rio de Janeiro de 1937. Este boletim era uma publicação do Serviço de Publicidade do ministério da Educação e Saúde. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

²⁸⁵ Entre 1930 e 1937, o governo de São Paulo foi ocupado por seis interventores. Contudo, cabe ressaltar que a política paulista de combate à lepra deve seu êxito aos órgãos específicos e ao papel desempenhado por Salles Gomes. Como afirma Monteiro, “mudavam os secretários e interventores” mas a direção do serviço de lepra seguia a linha definida por Salles Gomes. (Monteiro, 1995: 168).

especialmente dos filhos de leprosos.²⁸⁶ O documento valoriza a aliança entre governo federal e estadual, mas se percebe a retórica legitimadora da supremacia da União no combate à lepra em escala nacional. Contudo, não devemos perder de vista o fato de que o combate à lepra no Maranhão foi possível por causa dos esforços conjuntos entre os governos estadual e federal e as entidades privadas mobilizadas pela Sociedade Maranhense de Assistência aos Lázaros.²⁸⁷

3.4- O Ministério da Educação e Saúde e o golpe do Estado Novo (1937)

A instauração do Estado Novo,²⁸⁸ em 1937, exatamente quando se iniciava a ofensiva no terreno da lepra, foi resultado da conjuntura política anterior. A promulgação da Constituição de 1934 não diminuiu os atritos entre os interesses das elites estaduais e a tendência de fortalecimento do poder central.

Os embates entre direita e esquerda marcaram a conjuntura internacional – ascensão do fascismo em contraposição ao comunismo – com fortes reflexos na conjuntura brasileira. Em 1932 foi criada a Ação Integralista Brasileira, chefiada por Plínio Salgado, com tendência fascista. Três anos depois surgiu a Aliança Nacional Libertadora, vinculada ao movimento comunista internacional. O governo Vargas passou a reprimir as atividades deste grupo, que reagiu militarmente no episódio conhecido por Intentona Comunista (1935). O governo federal decretou estado de sítio, reprimiu e prendeu vários simpatizantes da Aliança e fomentou no país o medo à ameaça comunista.

O ano de 1937 foi marcado pelos acordos visando a sucessão presidencial. Vários políticos pretendiam se candidatar enquanto Vargas articulava o golpe de Estado com Góes Monteiro, chefe do Estado Maior do Exército, e com o General Eurico Gaspar Dutra,

²⁸⁶ Barreto, Barros. “Discurso pronunciado na inauguração do leprosário do Bonfim em São Luis”. São Luis, Maranhão. 8 de outubro de 1937. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV

²⁸⁷ Sobre o papel dessa entidade na política de combate à lepra, ver o segundo capítulo deste trabalho.

²⁸⁸ As informações contidas sobre este assunto foram baseadas em: Oliveira, Velloso, Gomes, 1982; Camargo, 1989; Viana, 2001; Abreu, Beloch, Lamarão, Lattman-Weltman, 2001.

ministro da Guerra. O estopim foi o Plano Cohen, provocação arquitetada pelo governo com base em papéis forjados sobre uma suposta insurreição comunista.

A centralização política e o autoritarismo tiveram seu ápice após o golpe do Estado Novo, em novembro de 1937. Foram fechados o Congresso Nacional e as assembleias estaduais e municipais. A nova carta constitucional promulgada em novembro, de autoria de Francisco Campos, redefiniu a estrutura de poder, concentrando as decisões no Executivo. Como bem assinala Capelato, “os interventores reproduziam nos estados a política determinada pelo governo central, que terminou com o sistema federativo da Primeira República”.²⁸⁹

O Estado Novo foi o desfecho de um processo de centralização político-administrativa e de um modelo corporativista já em curso sob o regime ‘liberal’ implantado após a Revolução de 30. Entre os segmentos sociais que o viabilizaram – forças armadas e setores influentes da elite – verifica-se “nítida orientação no sentido de fortalecer o Estado e a organização nacional”.²⁹⁰ Segundo Diniz, “o fortalecimento do Executivo aparece como condição de preservação da ordem e portanto, de sobrevivência dos grupos dominantes”.²⁹¹

Esse processo teve evidentes reflexos na conduta do Ministério que atuava na saúde, inclusive 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. Isto pode ser confirmado pelo grande volume de correspondência que o ministro Gustavo Capanema recebia de diversas unidades federativas. Em 24 de fevereiro de 1938, o interventor Nereu Ramos,²⁹² de Santa Catarina, informou-o do andamento das obras da já referida Colônia Santa Teresa, notificando-o de que seria inaugurada ainda naquele ano, como vimos, foram concluídas somente em 1940.²⁹³

²⁸⁹ Capelato, 2003: 117.

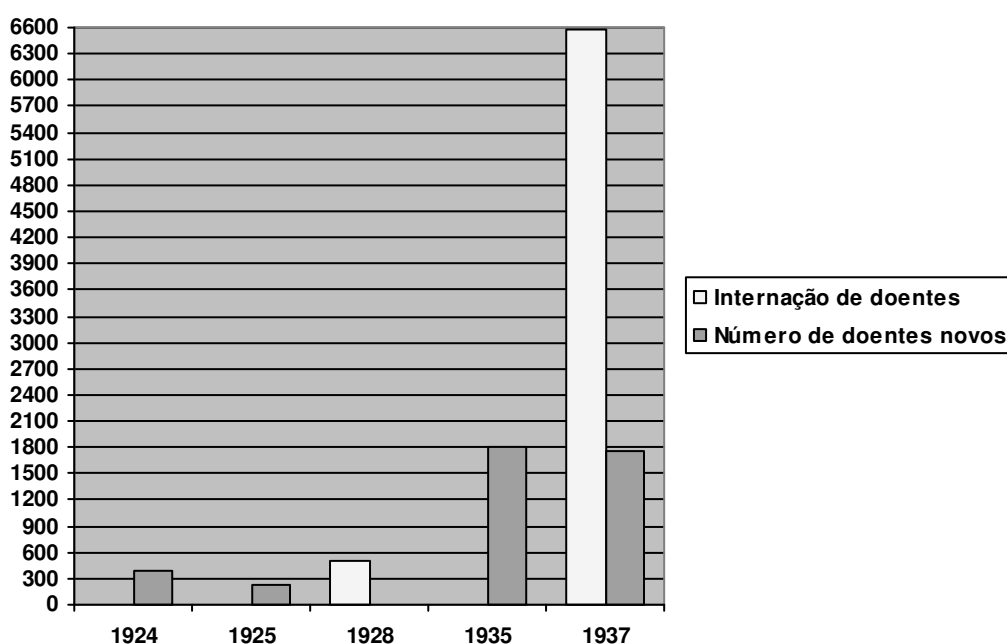
²⁹⁰ Camargo, 1989: 23.

²⁹¹ Diniz, 1996: 84.

²⁹² Nereu Ramos foi governador eleito de 1935 a 1937 – Interventor de 1937 a 1945.

²⁹³ *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02. CPDOC/FGV.

Sob a interventoria de Ademar de Barros (1938-1941) foi realizada nova reforma dos serviços de saúde paulistas. O Departamento de Saúde do Estado substituiu o Serviço Sanitário; aumentaram os gastos com centros de saúde na capital e no interior; formou-se uma rede de serviços gerais de saúde pública e um sistema distrital centrado em postos de saúde. Em 1939, o Departamento de Profilaxia da Lepra em São Paulo publicou um relatório sobre os resultados da campanha anti-leprótica naquele estado, entre 1930 e 1937. Reiterava o discurso da supremacia da política paulista de saúde pública no tocante à lepra, atribuindo-a à sua ‘autonomia’ política, ao fato de São Paulo destinar “verbas especiais para o serviço de lepra”, e de possuir uma elite técnica de renome, que possibilitava “certa senão total independência do norteamo e orientação do serviço profilático federal”.²⁹⁴ O gráfico abaixo revela o enorme crescimento de novos doentes identificados como leprosos e de internações no estado de São Paulo.²⁹⁵



As ações do governo paulista estariam de acordo com as propostas do Congresso Internacional de Lepra realizado no Cairo, em março de 1938. Ernani Agrícola chefiou a delegação do governo brasileiro, que teve também como representante, o dr. Heraclides

²⁹⁴ Monteiro, 1995: 169.

²⁹⁵ Dados retirados dos gráficos da publicação do *Departamento de Profilaxia da Lepra em São Paulo*. São Paulo, 1939. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

César de Souza-Araújo. O Brasil teria sido reconhecido aí como um dos países que estavam na vanguarda do combate à lepra, devido à bem-sucedida parceria entre a política ministerial e as entidades particulares na construção de instituições apropriadas para esses doentes em todas as unidades federativas.²⁹⁶ Segundo Torres:

“las recomendaciones del Congreso del Cairo estaban orientadas a acentuar la medicalización de la lepra, con el fin de atenuar el papel de las misiones religiosas que desde finales del siglo XIX jugaban un papel considerable en el cuidado de los leprosos, en especial en los países coloniales, consiguiendo fondos para sus misiones y difundiendo el estigma de la lepra como una enfermedad única y terrible. Sin embargo, la incorporación real de la lepra em los sistemas de salud pública de la mayor parte de las naciones donde era endémica fue el resultado de la segunda post guerra”.²⁹⁷

O governo brasileiro transformou a doença em questão nacional de saúde pública, com base naquele projeto elaborado no começo da gestão de Capanema. A parceria com as entidades filantrópicas seguia os planos governamentais. A Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros era uma instituição laica, sem vinculação religiosa, diferindo, portanto, das ordens que administravam os hospitais dos lázaros fundados nos séculos XVIII e XIX.

Indício da repercussão da política brasileira de combate à lepra é o fato de, em março de 1939, Alzira Vargas encaminhar a Gustavo Capanema pedido do governo cubano de todas as publicações do Ministério sobre a doença.²⁹⁸

Essa política enfrentou dificuldades de variada natureza. Na região Norte, foram sobretudo as condições geográficas. O transporte de materiais pelos rios atrasou a construção do novo leprosário no estado do Pará. Problema semelhante ocorreu em

²⁹⁶ Capanema, Gustavo. *Combate à lepra*. Rio de Janeiro, 1938. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

²⁹⁷ Torres, 2002: 280.

²⁹⁸ Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV

Manaus, sendo necessário abrir vias de acesso e limpar o terreno da nova colônia, que ficava nas proximidades da floresta.²⁹⁹

Na *Conferência de Assistência Social aos Lázaros*,³⁰⁰ realizada em novembro de 1939, no Rio de Janeiro, Gustavo Capanema aludiu ao desejo do governo federal de organizar um serviço central para orientar a Campanha Nacional Contra a Lepra. Heraclides César de Souza-Araújo, chefe do Laboratório de Leprologia do Instituto Oswaldo Cruz, enviou então ao ministro cópia do plano que havia elaborado em 1933, e que poderia ser útil agora. Referiu-se, também, aos médicos recém-formados³⁰¹ em leprologia pela Universidade do Brasil (1936 a 1938), sugerindo que Capanema selecionasse 20 ou 25 para participar da campanha.³⁰² A influência de Souza-Araújo era notória, e seus estudos constituíam o fundamento teórico e experimental da política de combate à lepra.

Em janeiro de 1940, Ernani Agrícola apresentou ao ministro o orçamento do combate à lepra naquele ano em cada uma das unidades federativas. As informações aí contidas mostram a prioridade que o Ministério dava à construção e manutenção de leprosários, o papel das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra na construção de preventórios e a função dos governos estaduais na administração das verbas e na coordenação das obras.

O orçamento para o estado do Amazonas³⁰³ previa verba para a construção da colônia do Aleixo, iniciada em 1937, nas proximidades de Manaus, e para manutenção do leprosário Belisário Pena. Situado em Paricatuba, a 12 milhas de Manaus, encontrava-se

²⁹⁹ Queiroz, Mário de. Relatório da 2ª Delegacia Federal de Saúde. Belém, 1º de fevereiro de 1938. (*Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV). Documento referente ao mês de janeiro de 1938, e enviado pelo Delegado Federal de Saúde da 2ª Regional para o presidente Getúlio Vargas.

³⁰⁰ Este evento foi organizado pela Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra para avaliar e discutir as ações políticas no combate à lepra. Sobre este assunto, ver o capítulo 2, deste trabalho.

³⁰¹ Em anexo a esta correspondência, foi enviada uma lista geral com os nomes dos 78 médicos e a nota final de cada um, divididos pelos três anos (1936, 1937, 1938) de atividade do Centro Internacional de Leprologia nos seus cursos de extensão universitária em Leprologia. Sobre maiores informações, ver: Souza-Araújo, Heraclides César de. *Leprologos diplomados pela Universidade do Brasil*. Rio de Janeiro, 3 de novembro de 1939. (*Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV).

³⁰² *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV

³⁰³ Agrícola, Ernani. *Orçamento para o combate à lepra no estado do Amazonas, em 1940 – Proc.4291-40*. Rio de Janeiro, 23 de janeiro de 1940. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV

lotado e precisava de reformas. A Sociedade Amazonense de Assistência à Lepra receberia recursos para construir um preventório na capital amazonense.

O estado do Pará³⁰⁴ receberia verba para a construção da colônia de Marituba e de um preventório, ambos próximos à capital. O lazarápolis do Prata, a 21 km do município do mesmo nome, e a 168 km de Belém, com capacidade para 1.000 internos, possuía, em setembro de 1939, 879 doentes. Sua manutenção era feita pelo governo estadual e pela Liga Contra a Lepra através de um imposto cobrado por quilo de carne abatida para o consumo. O leprosário de Tocunduba, em Belém, inaugurado em 1816, e o asilo Frei Gil Vilanova, localizado a 30 km de Conceição do Araguaia, estavam quase desativados.

O plano orçamentário para o então território do Acre³⁰⁵ previa investimentos para ampliar a capacidade de atendimento nessa unidade federativa. Segundo estimativa do censo feito pelo governo, o número provável de doentes chegava a 700. O leprosário Souza Araújo inaugurado em 1930 a 16 km da capital, tinha capacidade para apenas 100 internos.

A situação do Maranhão³⁰⁶ era considerada uma das mais complexas do país. Haveria lá provavelmente 1.700 leprosos. O asilo do Gavião, nas proximidades da capital, estava em péssimas condições. Havia um dispensário em São Luís. Estas eram as únicas instituições voltadas para o combate à enfermidade. Em 1932, a União destinou verba para a construção da colônia do Bonfim, na capital. Em 1940, estava em construção também um preventório administrado pela Sociedade Maranhense de Assistência aos Lázarus.

No Piauí³⁰⁷ havia um pequeno leprosário, tipo colônia, a 4 km de Parnaíba, construído e mantido pela Sociedade Piauiense de Assistência aos Lázarus e Defesa Contra a Lepra. Posteriormente seria administrado pelo governo estadual, pois, segundo as diretrizes ministeriais, a administração dos leprosários era responsabilidade de cada estado. Em 1940, seriam destinados recursos à melhoria do leprosário.

³⁰⁴ Agrícola, Ernani. *Orçamento para o combate à lepra no estado do Pará, em 1940 – Proc. 4.292-40*. Rio de Janeiro, 23 de janeiro de 1940. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

³⁰⁵ Agrícola, Ernani. *Orçamento para o combate à lepra no Acre, em 1940 – Proc.4204-40*. Rio de Janeiro, 23 de janeiro de 1940. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV

³⁰⁶ Agrícola, Ernani. *Orçamento para o combate à lepra no Maranhão no ano de 1940 – Proc. 4.203-40*. Rio de Janeiro, 23 de janeiro de 1940. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

³⁰⁷ Agrícola, Ernani. *Orçamento para o combate à lepra no Piauí, em 1940 – Proc. 4.201-40*. Rio de Janeiro, 24 de janeiro de 1940. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

No Ceará³⁰⁸, a estimativa era de 1.000 leprosos. O estado possuía três instituições: o leprosário Antonio Diogo, em Canafistula, a 80 km de Fortaleza, com a capacidade de 200 leitos e construído pela iniciativa privada em 1926; o preventório Silva Araújo, próximo ao leprosário; e o dispensário Oswaldo Cruz, em Fortaleza. Entre 1936 e 1939, foi priorizada a construção de novo leprosário próximo da capital – a colônia de São Bento, para 364 internos. O orçamento para 1940 previa obras nesta colônia e instalação de novo preventório em Fortaleza, neste caso com verba gerida pela Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra.

O armamento anti-leproso no Rio Grande do Norte³⁰⁹ contava apenas com o preventório de Natal, que estava em obras e era administrado pela Sociedade de Assistência aos Lázaros. Em 1940, foram destinadas verbas para concluir esta obra, e com urgência, pois 100 crianças aguardavam internação. Neste estado, não havia presença direta do governo federal. O combate à doença era realizado somente pela iniciativa privada.

O Hospital dos Lázaros em Recife, de 1789, e um consultório de doenças de pele anexo ao Centro de Saúde de Santo Antônio, que funcionava como dispensário, eram as instituições de combate à lepra em Pernambuco.³¹⁰ Entre 1935 e 1939, o governo estadual investiu a verba da União na construção da colônia da Mirueira, a 14 km do Recife. A Sociedade Pernambucana de Combate à Lepra administrava, então, a construção de um preventório na capital, com capacidade para 250 crianças, num terreno doado pelo governo estadual. As obras do leprosário e do preventório eram as prioridades do orçamento para 1940.

³⁰⁸ Agrícola, Ernani. *Orçamento para o combate à lepra no Ceará, em 1940 – Proc. 4.293-40*. Rio de Janeiro, 1940. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

³⁰⁹ Agrícola, Ernani. *Orçamento para o combate à lepra no Rio Grande do Norte, em 1940. Proc 4.126-40*. Rio de Janeiro, 25 de janeiro de 1940. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

³¹⁰ Agrícola, Ernani. *Orçamento para o combate à lepra em Pernambuco, em 1940 - Proc 4.294-40*. Rio de Janeiro, 25 de janeiro de 1940. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

No estado da Paraíba³¹¹ seriam contempladas a construção da pequena colônia em Rio do Meio, a 5 km de João Pessoa, e de um preventório na capital. A estimativa era de 300 leprosos nesse estado, mas nenhum havia sido isolado ainda.

Em Alagoas³¹² havia o dispensário Alice Tibiriçá, em Maceió, construído e mantido pela iniciativa privada. Em 1937, começou a construção do leprosário do Taboleiro João Martins, próximo da capital, prevendo-se em 1940 investimentos nesta obra.

O estado de Sergipe³¹³ não tinha estabelecimento para a lepra. Em 1937, começou a ser construído um leprosário, em Taboleiro João Martins, nas proximidades de Aracaju; a verba de 1940 seria para a conclusão desta obra, permitindo, então, o isolamento dos 200 leprosos recenseados no estado.

O hospital Dom Rodrigues de Menezes, em Salvador³¹⁴, fundado em 1787, tinha capacidade de 50 internos. O orçamento de 1940 previa investimentos na construção de novo leprosário na capital baiana, e de um preventório que receberia 60 crianças. O terreno foi doado pelo governo estadual à Sociedade Baiana de Combate à Lepra. Havia 80 doentes isolados no estado, mas a estimativa era de que existisse lá 500 leprosos.

São Paulo³¹⁵ era o estado que contava com maior número de estabelecimentos para isolamento e tratamento de leprosos no Brasil. Embora a capacidade dessas instituições fosse considerável, todas estavam lotadas. O asilo-colônia Santo Ângelo, a 8 km de Mogi das Cruzes, tinha capacidade para 1.622 leprosos; o asilo-colônia Aimorés, a 12 km de Bauru, abrigava 1.014 doentes; o asilo-colônia Cocais, distante 9 km de Casa Branca, possuía 1.741 leitos; o asilo-colônia Pirapitingui, a 14 km de Itu, tinha capacidade para 2.157 doentes; e o sanatório Padre Bento, em Guarulhos, para outros 745. O governo estadual mantinha ainda o preventório Jacareí, para 266 internos, e o asilo Santa Terezinha,

³¹¹ Agrícola, Ernani. *Orçamento para o combate à lepra no estado da Paraíba, em 1940 – Proc. 4.123-40*. Rio de Janeiro, 25 de janeiro de 1940. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

³¹² Agrícola, Ernani. *Orçamento para o combate à lepra em Alagoas, em 1940 – Proc.4.205-40*. Rio de Janeiro, 25 de janeiro de 1940. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

³¹³ Agrícola, Ernani. *Orçamento para o combate à lepra em Sergipe, em 1940 – Proc.4.124-40*. Rio de Janeiro, 25 de janeiro de 1940. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

³¹⁴ Agrícola, Ernani. *Orçamento para o combate à lepra na Bahia, em 1940 – Proc.4.125-40*. Rio de Janeiro, 25 de janeiro de 1940. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

³¹⁵ Agrícola, Ernani. *Orçamento para o combate à lepra em São Paulo, em 1940 – Proc.4.760-40*. Rio de Janeiro, 29 de janeiro de 1940. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

mantido pela iniciativa privada, com 267 leitos. A vigilância sanitária realizada pelo Serviço de Profilaxia da Lepra mantinha 15 inspetorias regionais em sedes de municípios, cobrindo todo o estado de São Paulo. A verba federal para 1940 seria aplicada na manutenção desses leprosários e preventórios.

Naquele ano, as instituições existentes no estado do Rio de Janeiro³¹⁶ eram o leprosário de Iguá, para 78 doentes, um dispensário em Niterói e um preventório localizado num sítio, a 18 km de Niterói, adquirido pela Sociedade Fluminense de Defesa Contra a Lepra. O orçamento para 1940 previa a construção de novo preventório, sendo o dinheiro destinado à Federação das Sociedades de Assistência aos Lázarus e Defesa contra a Lepra.

O plano orçamentário para o Espírito Santo,³¹⁷ em 1940, previa o apoio a 8 dispensários mistos para tratamento da lepra e de doenças venéreas, um preventório que abrigava 20 crianças e a colônia de Itanhenga, próxima de Vitória.

Em Minas Gerais,³¹⁸ havia o Hospital dos Lázarus de Sabará, fundado em 1883, com capacidade para 60 leitos; a colônia Santa Isabel, a 45 km de Belo Horizonte, com 980 internos; um dispensário central de doenças da pele, em Belo Horizonte; e, por fim, o preventório São Tarcisio, a 4 km de Santa Isabel, construído e mantido pela Sociedade Mineira de Proteção aos Lázarus. As verbas da União em 1940 foram investidas em reformas e manutenção dessas instituições, e na construção das colônias Santa Fé, a 5 km de Três Corações; São Francisco de Assis, a 6 km de Bambuí; e Padre Damião, a 12 km de Ubá.

Na cidade do Rio de Janeiro,³¹⁹ o Ministério da Educação e Saúde estimava que havia cerca de 1.600 leprosos. O Hospital dos Lázarus, o mais antigo, contava com 100 leitos, e o Hospital Colônia de Curupaiti, com 500. Havia portanto um déficit de 1.000 leitos. A Sociedade de Assistência aos Lázarus mantinha o preventório Recanto Feliz em

³¹⁶ Agrícola, Ernani. *Orçamento para o combate à lepra no estado do Rio de Janeiro, em 1940 – Proc.4296-40*. Rio de Janeiro, 29 de janeiro de 1940. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV

³¹⁷ Agrícola, Ernani. *Orçamento para o combate à lepra no Espírito Santo, em 1940 – Proc.4759-40*. Rio de Janeiro, 31 de janeiro de 1940. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV

³¹⁸ Agrícola, Ernani. *Orçamento para o combate à lepra em Minas Gerais, em 1940 – Proc.4.756-40*. Rio de Janeiro, 31 de janeiro de 1940. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV

³¹⁹ Agrícola, Ernani. *Orçamento para o combate à lepra no Distrito Federal, em 1940*. Rio de Janeiro, 31 de janeiro de 1940. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

Jacarepaguá. Os recursos para 1940 seriam destinados à manutenção e ampliação dessas instituições.

Vejamos agora quais eram os planos do Ministério para a região Centro Oeste. Goiás³²⁰ receberia verba para construção de um leprosário próximo a Goiânia, com capacidade para 400 doentes. As instituições já existentes eram mantidas por instituições privadas: três pequenos abrigos para leprosos na Ilha do Bananal e em Anabela, e o denominado Helena Bernard, próximo de Catalão.

No Mato Grosso³²¹ havia o leprosário São João dos Lázarus, a 3 km de Cuiabá. Inaugurado em 1816, encontrava-se em péssimas condições. Em 1937, foi iniciada a construção de um leprosário em Botas, a 12 km de Campo Grande. Os recursos destinados a este estado em 1940 contemplavam a aquisição de medicamentos, manutenção do antigo leprosário e construção da nova instituição.

No Rio Grande do Sul³²² seria construído o preventório Amparo Santa Cruz, em Belém Velho, próximo a Porto Alegre, com capacidade para 100 crianças. Os recursos para essa obra foram transferidos para a Sociedade de Assistências aos Lázarus do Rio Grande do Sul. A Colônia de Itapoan, próxima da capital, entrou em funcionamento em 1940, mas não era especificada verba federal para ela.

Observa-se situação semelhante em Santa Catarina.³²³ A colônia de Santa Teresa, localizada a 25 km da capital, começou a funcionar em 1940, mas parece não haver recebido recursos da União. As verbas federais foram destinadas à Sociedade Catarinense de Assistência aos Lázarus para a construção de um preventório para 200 crianças, em Florianópolis, num terreno doado pelo governo estadual.

³²⁰ Agrícola, Ernani. *Orçamento para o combate à lepra em Goiás, em 1940 – Proc. 4761-40*. Rio de Janeiro, 31 de janeiro de 1940. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

³²¹ Agrícola, Ernani. *Orçamento para o combate à lepra em Mato Grosso, em 1940*. Rio de Janeiro, 31 de janeiro de 1940. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

³²² Agrícola, Ernani. *Orçamento para o combate à lepra no Rio Grande do Sul, em 1940 - Proc. 4762-40*. Rio de Janeiro, 31 de janeiro de 1940. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

³²³ Agrícola, Ernani. *Orçamento para o combate à lepra em Santa Catarina, em 1940 - Proc. 4763-40*. Rio de Janeiro, 31 de janeiro de 1940. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

A colônia São Roque, localizada a 25 km de Curitiba,³²⁴ começou a receber verbas para reformas e manutenção após 1935. Possuía um abrigo-escola com capacidade para 100 crianças, mas as condições eram ruins e seria construído um preventório, sendo a verba para essa obra encaminhada à Federação das Sociedades de Assistência aos Lázarus. O plano orçamentário para 1940 destinou verbas para este novo preventório e para a colônia.

O Plano de distribuição da verba de 10.000 contos para o combate à lepra, em 1940 (Processo 23.228-40) foi encaminhado pelo ministro Capanema ao presidente Vargas, no dia 24 de junho de 1940. Logo em seguida, o presidente autorizou integralmente a distribuição das verbas propostas.

Documento ministerial do mesmo ano³²⁵ dividia a campanha contra a lepra no período entre 1931 e 1940 em duas etapas – de 1931 a 1935, e de 1936 a 1940. Na primeira fase, a ação do governo federal não obedeceu a nenhum plano, sendo os auxílios concedidos para construção e reforma de leprosários. A segunda etapa seguiu o plano elaborado em 1935, com a ampliação do número de instituições do aparelho anti-leproso – leprosários, dispensários e preventórios.

Em agosto de 1941,³²⁶ o próprio Vargas compareceu à inauguração do leprosário de Campo Grande, no então estado do Mato Grosso, em companhia do interventor Julio Muller. O comparecimento do presidente nesse tipo de solenidade evidencia a importância que o Executivo dava à campanha contra a lepra, inclusive como moeda política.

3.5- A criação do Serviço Nacional de Lepra e a I Conferência Nacional de Saúde

³²⁴ Agrícola, Ernani. *Orçamento para o combate à lepra no Paraná, em 1940 - Proc.5 785-40*. Rio de Janeiro, 15 de fevereiro de 1940. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

³²⁵ *Lepra – Notas sobre a ação do Governo Federal*. Rio de Janeiro, 1940. Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

³²⁶ Vargas, 1995: Vol. II, 413.

Em abril de 1941, por iniciativa do ministro Capanema, foi reorganizado o Departamento Nacional de Saúde (DNS) pelo decreto-lei 3.171, criando-se então os serviços nacionais. A segunda grande reforma do Ministério completou a verticalização das “campanhas de combate a doenças específicas e às grandes endemias”.³²⁷ O objetivo desta reforma era atingir:

“Maior coordenação das múltiplas atividades de Saúde, desenvolvidas pela União, estados, municípios e entidades privadas: mais pronunciada atuação, de molde a estender a todo o território da República a direta assistência do Departamento, que tomava a seu cargo a solução de vários problemas sanitários de caráter nacional”.³²⁸

Cada um tinha agora seu diretor específico, sendo os seguintes os doze serviços nacionais criados então: Febre Amarela, Malária,³²⁹ Lepra, Tuberculose, Câncer, Peste, Doenças Mentais, Educação Sanitária, Fiscalização da Medicina, Águas e Esgotos, Saúde dos Portos e Bioestatística. Além desses órgãos, estavam subordinadas ao DNS as sete Delegacias Federais de Saúde, o Serviço de Administração, o Instituto Oswaldo Cruz e as divisões de Organização Sanitária e Hospitalar.³³⁰

O recém criado Serviço Nacional de Lepra tinha por finalidade:

“superintender o combate à lepra em todo o país, planejando os respectivos serviços, constituindo-se o elemento orientador, coordenador e fiscalizador das atividades das organizações públicas e privadas empenhadas na luta contra a doença, delimitando-lhes o campo de ação, prestando a todas elas a possível assistência material e técnica, realizando ainda, diretamente ou por intermédio de repartições federais, estaduais ou municipais, tudo que se relacionar com a prática da campanha antileprosa, nas suas várias modalidades, promovendo para isso as necessárias medidas executivas. Compete também ao Serviço Nacional de Lepra procurar padronizar,

³²⁷ Hochman, 2001: 135.

³²⁸ Schwartzman, 1983: 382.

³²⁹ Esses dois primeiros “vinculados às ações da Fundação Rockefeller, antecederam a criação dos respectivos serviços nacionais”. Hochman, 2001: 140.

³³⁰ Schwartzman, 1983: 382.

respeitadas as características regionais, as organizações públicas e privadas de luta contra a lepra, em todo o país, (...) e, finalmente, realizar estudos, inquéritos e investigações sobre a lepra”.³³¹

Segundo Hochman & Fonseca, a prioridade das políticas públicas de saúde eram “as doenças infectocontagiosas que atingiam a totalidade da comunidade nacional e não grupos específicos”. O Ministério da Educação e Saúde procurou “debelar surtos epidêmicos e estabelecer métodos de controle e prevenção, num trabalho conjunto com as delegacias federais de saúde e com os governos locais”.³³²

Entre os dias 10 a 15 de novembro de 1941, ocorreu no Rio de Janeiro a I Conferência Nacional de Saúde. Presidida pelo ministro Capanema, contava com a participação de 22 delegados que representavam todas as unidades federativas; 27 técnicos indicados pelos representantes estaduais, membros do MES e outros órgãos federais. Um dos principais objetivos da Conferência era reorganizar os serviços nacionais criados em abril daquele ano, em especial os da Tuberculose e Lepra, além de debater a organização sanitária estadual e municipal.³³³ Segundo os autores citados acima, a conferência foi uma:

“síntese do debate sobre as políticas de saúde, saneamento e assistência nos anos 1940, quanto a expressão das concepções dos sanitaristas e do Ministério da Educação e Saúde, dirigido de 1934 a 1945 por Capanema, sobre os problemas sanitários nacionais e os meios de solucioná-los”.³³⁴

Ernani Agrícola, diretor do Serviço Nacional da Lepra, era o secretário-geral da Conferência. O Ministério pretendia organizar os Serviços de Lepra e de Tuberculose através da discussão que ocorreria lá com os técnicos e representantes estaduais visando estabelecer diretrizes nacionais. À União caberia:

³³¹ Ribeiro, 1943: 12.

³³² Hochman & Fonseca, 1999: 84-5.

³³³ *Arquivo Gustavo Capanema*. GC 36.05.26. CPDOC/FGV.

³³⁴ Hochman & Fonseca, 2000: 175.

“a orientação, a coordenação e a fiscalização de todas as atividades públicas e privadas da campanha contra a lepra. Ainda no âmbito federal ficariam algumas ações executivas nas áreas de infra-estrutura dos serviços, com clara superposição de tarefas com as demais esferas de governo. Nesse sentido a implementação da política seria da competência de estados e municípios, que agiriam como braços executivos do SNL”.³³⁵

As verbas para ampliação ou construção de leprosários seguiram os acordos firmados pela União e as unidades federativas. Ao final de 1941, todas tinham recebido verba do governo federal para combater a lepra. Interessante notar que após a Reforma de 1937, os valores aumentaram consideravelmente.

Valores investidos pelo Ministério da Educação e Saúde, entre 1931 até 1941.³³⁶

Ano	Valor Total
Até 1931	3.500:000\$0
1931-1933	2.772:960\$0
1934	3.157:000\$0
1935	2.900:102\$0
1936	5.791:662\$0
1937	11.194:136\$0
1938	12.735:210\$0
1939	13.951:643\$0
1940	10.193:728\$0
1941	9.000:000\$0

³³⁵ Hochman & Fonseca, 2000: 187.

³³⁶ *Arquivo Gustavo Capanema*. GC 36.05.26. CPDOC/FGV.

3.6- Estado Novo: balanço do combate à lepra

Inicialmente, o governo Vargas permaneceu neutro diante da II Guerra Mundial (1939-1945), ainda que o regime tivesse afinidades com os modelos alemão e italiano. Mantinha relações com os dois principais parceiros comerciais, Estados Unidos e Alemanha, sem ter certeza sobre qual lado seria vencedor. Mas os desdobramentos do conflito, o crescimento da Alemanha hitlerista, as perdas militares dos países europeus e o avanço japonês sobre o Pacífico levaram os EUA a firmar novos acordos com a América Latina, fato que coincide com os últimos anos da Era Vargas. Em 1942, então, o governo brasileiro declarou guerra aos países do Eixo. Inicialmente limitou-se a fornecer matéria-prima e a base militar de Natal para os norte-americanos. Somente em 1944 enviou a Força Expedicionária Brasileira (FEB) para a Itália.

Capelato mostra que o Estado Novo não foi um período homogêneo justamente por causa da conjunção de fatores internos e externos. Segundo a autora, o primeiro momento (de 1937 a 1942) “caracterizou-se pelas reformas mais significativas e pela tentativa de legitimação do novo regime”.³³⁷ No período subsequente (1942 a 1945), a entrada do Brasil no conflito mundial pôs em evidência as contradições internas do regime.

Em agosto de 1940, foi criada a *Office of the Coordinator of Inter-American Affairs* (OCIAA) chefiada por Nelson Rockefeller que atuou na área comercial-financeira, nas relações culturais, na saúde e na comunicação – Obteve apoio do DIP na divulgação de seus ideais - *american way of life*. Na área da saúde, a atuação dessa agência concentrou-se no combate a malária, no treinamento de enfermeiras e de educação médica. O objetivo central da OCIAA era ampliar a hegemonia norte-americana sobre o Brasil.³³⁸

A criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) vincula-se à política externa norte-americana³³⁹ para a América Latina, sendo “um dos produtos da frente

³³⁷ Capelato, 2003: 113.

³³⁸ Maiores informações, ver: Moura, 1984 & Tota, 2000.

³³⁹ Cabe ressaltar que durante a década de 1910, foram firmados acordos da Fundação Rockefeller com os governos estaduais e federal para atuarem no campo da saúde pública, ou seja, “a presença norte americana na saúde pública brasileira tão pronunciada na gestão Capanema no MESP, tem raízes na Primeira República” (Hochman, 2001: 131).

interamericana construída pelos Estados Unidos contra os poderes do Eixo”.³⁴⁰ A influência alemã no Brasil era temida pelos Aliados. Além dos acordos econômicos, havia também a propaganda fascista e grande simpatia dos brasileiros, que não se limitava aos descendentes de imigrantes alemães. Após as vitórias militares destes contra a França, em 1940, e no Norte da África, cresceu o receio dos Estados Unidos de que o litoral brasileiro estivesse na mira da Alemanha.³⁴¹

O exército norte-americano tinha interesse na borracha e no minério de ferro, e seus soldados precisavam de infra-estrutura de saúde para atuar nas bases militares do Brasil. Por sua vez, o governo Vargas tinha a chance de implementar programas de desenvolvimento para as regiões Norte e Nordeste. Após o ataque japonês a Pearl Harbor, em 1941, a situação agravou-se. Entre 15 a 18 de janeiro de 1942, ocorreu no Rio de Janeiro a III Conferência de Ministros das Relações Exteriores das Repúblicas Americanas. Ela resultou no acordo sobre saúde e saneamento, e na criação, em agosto daquele ano, do SESP, com sede no Rio de Janeiro e base regional em Belém.

As negociações entre os Estados Unidos e a administração varguista geraram discordâncias no âmbito do Ministério da Educação e Saúde. Capanema foi um dos articuladores do acordo que resultou na criação do SESP, mas o diretor do Departamento Nacional de Saúde, Barros Barreto, opôs-se a ele pelo fato de o novo serviço não ser vinculado nem ao DNS, nem ao Ministério.³⁴² O poder de Barros Barreto no campo da saúde era considerável, mas estava limitado pela autoridade do ministro.

Entre 1943-45, o SESP desenvolveu atividades médicas e de prevenção, além de fazer o controle de saúde nos postos de migração para a região amazônica, localizadas nas principais cidades de entrada de seringueiros. Os norte-americanos atuaram especificamente no controle da malária, na engenharia sanitária, na formação de pessoal qualificado e nos estudos médico-sanitários. Também colaboraram com o Serviço Nacional de Lepra: deram verbas para a impressão de estudos, apoiaram o serviço no Espírito Santo, forneceram uma lancha para facilitar o censo de lepra na Amazônia; reformaram o preventório de Goiânia (Goiás) e construíram os dispensários de Colatina

³⁴⁰ Campos, 2000: 197.

³⁴¹ Campos, 2000: 198-9.

³⁴² Campos, 2000: 204-205.

(Espírito Santo), Rio Verde (Goiás), Manaus (AM), assim como o preventório de Itanhenga, no Espírito Santo.³⁴³ Cabe ressaltar que as ações na região Sudeste e Centro-Oeste tinham a ver com o interesse dos norte-americanos nas atividades mineradoras da Companhia Vale do Rio Doce, criada pelo governo de Getúlio Vargas na década de 1940.

A vitória dos Aliados na II Guerra significou uma vitória contra governos autoritários – evidenciando-se as contradições do governo Vargas, que externamente lutava pela democracia e, internamente, não a praticava.³⁴⁴ A partir de 1943, intensificaram-se os movimentos de oposição ao Governo, culminando, dois anos depois, com a criação da União Nacional dos Estudantes, a reorganização partidária e, por fim, em 29 de outubro de 1945, o golpe militar que depôs Getúlio Vargas.

Terminou assim a gestão de Capanema no Ministério da Educação e Saúde. Segundo Hochman e Fonseca, ele foi responsável pela “reformulação e consolidação da estrutura administrativa da saúde pública, uma estrutura que permaneceu quase inalterada até a criação do Ministério da Saúde em 1953”.³⁴⁵ No final do Estado Novo, as realizações do governo federal no combate à lepra eram evidentes. Em 1931, havia 14 leprosários em funcionamento no Brasil, sendo 2 federais, 6 estaduais e 6 particulares. Esse total incluía 5 hospitais³⁴⁶ (Distrito Federal, Bahia, Pernambuco, Minas Gerais e Mato Grosso), 1 hospital-colônia³⁴⁷ no Distrito Federal, 1 asilo-colônia em São Paulo, 3 colônias (Pará, Paraná e Rio Grande do Norte), 4 asilos³⁴⁸ (Acre, Pará, Maranhão e Ceará).³⁴⁹

³⁴³ Relatório fornecido à Comissão do Plano de Valorização da Economia da Amazônia, da Câmara dos Deputados. 1947. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC j 1946.01.19. CPDOC/FGV.

³⁴⁴ Maiores informações, ver: Capelato, 2003.

³⁴⁵ Hochman & Fonseca, 1999: 82.

³⁴⁶ Eram os hospitais dos lázaros, fundados pelas ordens religiosas (séculos XVIII e XIX), localizavam-se próximos dos centros urbanos. Os internos dispunham de tratamento médico e assistência social, mas não encontravam nessas instituições as medidas de internamento recomendadas pela moderna profilaxia da lepra. Essa concepção vai nortear a construção das colônias.

³⁴⁷ As instituições que recebiam o *termo colônia, asilo colônia ou leprosário* eram as que contavam com maior área geográfica, melhor acomodação aos doentes, maior infra-estrutura, podendo considerá-las como pequenas cidades, objetivando a maior autonomia (os internos desenvolviam atividades agrícolas e industriais) e a inclusão social do interno (igreja, escola, atividades esportivas e sociais).

³⁴⁸ Os asilos eram de pequeno porte, acolhiam os doentes mas que não recebiam o tratamento médico adequado. A maior parte deste tipo de instituição foi substituído por outras mais apropriadas.

³⁴⁹ Dados baseados no ofício: *Lepra*. 1937. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

Após 1931, o governo federal contribuiu para ampliação ou reforma dos seguintes estabelecimentos: Leprosário Belizário Pena no Amazonas; Colônia do Prata no Pará; Colônia Carpina no Piauí; Leprosário Antonio Diogo no Ceará; Colônia São Francisco de Assis no Rio Grande do Norte; Hospital-colônia Curupaiti no Distrito Federal; Sanatório³⁵⁰ Padre Bento em São Paulo; Colônia Aimorés em São Paulo; Colônia Santo Ângelo em São Paulo; Colônia Cocais em São Paulo e a Colônia São Roque no Paraná.

Algumas instituições não receberam qualquer auxílio porque seriam substituídos por outras, em melhores condições. Foi o caso do Asilo Frei Gil Vilanova, no Pará; Asilo Dom Rodrigo de Menezes, na Bahia e o Asilo São João dos Lázarus, no Mato Grosso. Alguns leprosários tipo hospital não receberam melhoramentos porque estavam fora do plano traçado: Hospital de Sabará em Minas Gerais; Hospital Frei Antonio no Distrito Federal.

Até 1945,³⁵¹ apenas com verbas da União, foram construídos os seguintes leprosários:

Instituição	Início da construção	Início de Funcionamento
Colônia Antonio Aleixo no Amazonas	1937	1942
Colônia Marituba no Pará	1937	1942
Colônia Antonio Justo no Ceará	1937	1941
Colônia Getulio Vargas na Paraíba	1936	1941
Colônia Eduardo Rabelo em Alagoas	1937	1940
Colônia Lourenço Magalhães em Sergipe	1937	1945
Colônia Tavares Macedo (Iguá) no Rio de Janeiro	1936	1938
Colônia Santa Maria em Goiás	1937	1943
Colônia São Julião no Mato Grosso	1937	1941
Sanatório Roça Grande em Minas Gerais	1939	1944

³⁵⁰ Os *sanatórios* eram as instituições que os internos recebiam tratamento médico adequado, mas eram bem menores em espaço geográfico que as colônias, logo, não dispunham de opções de sociabilidade e trabalho.

³⁵¹ Esses dados foram extraídos de Agrícola, Ernani. *Informações*. Rio de Janeiro, 9 de maio de 1947. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

Destaco que as verbas para a construção dessas instituições foram disponibilizadas somente após a posse de Capanema, em 1934. Apenas duas tiveram as obras iniciadas antes da Reforma de 1937, quando se estabeleceram diretrizes mais sistemáticas para o combate à lepra. Como mostrei, logo no início da gestão de Capanema, estudo de Ernani Agrícola, Joaquim Motta e Barros Barreto (1935) apontou a necessidade de mais leprosários. No ano seguinte começaram as obras custeadas pela União.

As Colônias em Cruzeiro do Sul (1942) e em Rio Branco (1939), ambas no território do Acre, encontravam-se em construção, em 1945, com as obras paralisadas “porque o Governador do Território desviou a verba, dando outra aplicação à mesma”.³⁵² Quando fossem concluídas, seriam fechados o Asilo existente em Cruzeiro do Sul, e o Asilo Souza Araújo em Rio Branco.

Da parceria da União com os governos estaduais resultaram os seguintes leprosários:

Instituição	Início da construção	Início de Funcionamento
Colônia Bonfim no Maranhão	1932	1937
Colônia Mirueira em Pernambuco	1936	1941
Colônia Itanhenga no Espírito Santo	1933	1937
Colônia Santa Tereza em Santa Catarina	1936	1940
Colônia Itapoan no Rio Grande do Sul	1937	1940
Colônia Santa Fé em Minas Gerais	1937	1942
Colônia Padre Damião em Minas Gerais	1937	1945
Colônia São Francisco de Assis em Minas Gerais	1936	1943
Colônia Santa Isabel em Minas Gerais	1927	1931
Colônia de Águas Claras na Bahia	1938	1945

³⁵² Agrícola, Ernani. *Informações*. Rio de Janeiro, 9 de maio de 1947, p. 1. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

3.7- Fim da Era Vargas: Gustavo Capanema e a lepra

A reorganização partidária ocorreu ainda no período varguista, com a formação da União Democrática Nacional (UDN), de oposição a Vargas; o Partido Social Democrático (PSD), fundado pelos partidários de Vargas e os interventores estaduais; e o Partido Trabalhista Brasileiro (PTB) com apoio do movimento sindical e do Ministério do Trabalho. Essa estrutura partidária foi gerada, em grande parte, no Estado Novo, o que ajuda a explicar a vitória, em dezembro de 1945, do candidato do PSD, Gen. Eurico Gaspar Dutra, ex-ministro da Guerra no período varguista.

Nessas eleições, Gustavo Capanema foi eleito deputado federal pelo PSD, de Minas Gerais, atuando na Assembléia Nacional entre janeiro a setembro de 1946, quando foi promulgada a Constituição. Durante esse mandato, envolveu-se em diversos assuntos vinculados ao legado do seu Ministério.

Durante a II Guerra Mundial, em 1941, o médico Guy H. Faget, do leprosário de Carville, na Louisiana, realizou experiências com sulfonas no tratamento de pacientes com lepra. Segundo Torres:

“La nueva droga ofrecía la posibilidad de detener la infección de manera más rápida y más efectiva no solamente que los ésteres etílicos del chaulmugra y otros aceites relacionados, sino que las sulfanilamidas, que mejoraban las úlceras e infecciones secundarias, pero que no destruían el *M. Leprae*”.³⁵³

A nova substância começou a ser utilizado por Lauro de Souza Lima, em outubro de 1944, no Sanatório Padre Bento (São Paulo), em caráter experimental.³⁵⁴ Logo em

³⁵³ Torres, 2002: 340.

³⁵⁴ Diniz, 1960: 61-62.

seguida, Geraldino da Costa Carvalho e Orestes Diniz começaram a usar as sulfonas nos paciente da Colônia Santa Izabel (Minas Gerais).³⁵⁵

Em 1951, Capanema envolveu-se numa disputa entre políticos mineiros e paulistas. Em abril desse ano, recebeu correspondência do governador de Minas Gerais, Juscelino Kubitschek, na qual informava-lhe de um projeto propondo um auxílio ao Instituto Butantã, de São Paulo para que iniciasse a produção das sulfonas no país. Kubitschek pedia a Capanema que interferisse em favor de um auxílio ao Instituto de Tecnologia Industrial de Belo Horizonte, que também produziria essa substância.³⁵⁶

No fim do mês seguinte, o governador de Minas enviou a Capanema outra carta em que tratava da emenda que propunha o mesmo valor destinado ao Instituto Butantã para o Instituto de Tecnologia Industrial de Belo Horizonte. As duas instituições seriam capazes de fornecer gratuitamente ao Serviço Nacional de Lepra 50% da produção de sulfonas consumidas no país. Kubitschek destacava a existência de grande número de doentes em Minas Gerais e São Paulo, estimando que no Brasil houvesse um total de 23 mil doentes em regime de isolamento. A produção do medicamento seria destinada também aos enfermos que permaneciam em seus domicílios.³⁵⁷

A articulação de Capanema e Kubitschek foi criticada pelos paulistas. Em julho, através de um telegrama, Castro Carvalho, membro do Serviço Médico da Assembléia do Estado de São Paulo, denunciou a atitude do ex-ministro da Saúde, que teria recomendado ao deputado federal Oscar Carneiro (PSD – PE, 1951-1955) que votasse contra São Paulo no auxílio ao Butantã.³⁵⁸ Em sua defesa, Carneiro alegou que essas acusações baseavam-se num noticiário falso, pelo qual Capanema seria contra o envio de recursos ao Butantã.³⁵⁹

Em agosto de 1951, o jornal paulista *A Gazeta* publicou matéria intitulada “Ficaram com o Brasil”, na qual denunciava o descaso em que a Câmara dos Deputados estava

³⁵⁵ Mesmo após a implementação da sulfona no tratamento, o isolamento foi mantido no Brasil. Foi abolido pelo decreto federal nº 968 de 7 de maio de 1962, mas no estado de São Paulo, o isolamento compulsório acabou somente cinco anos depois. Maiores informações, ver: Monteiro, 1995: 414-418.

³⁵⁶ Instituição de pesquisa criada pelo governo estadual, em 1944.

³⁵⁷ *Arquivo Gustavo Capanema*. GC k 1951.01.30. CPDOC/FGV.

³⁵⁸ *Arquivo Gustavo Capanema*. GC k 1951.01.30. CPDOC/FGV.

³⁵⁹ *Arquivo Gustavo Capanema*. GC k 1951.01.30. CPDOC/FGV.

tratando o empréstimo ao Butantã. O projeto fora apresentado, por um deputado paulista dois anos antes e nada havia acontecido. Segundo esse periódico, nos debates parlamentares, Gustavo Capanema teria proposto que a verba para o Instituto Butantã fosse reduzida à metade. Isto dificultaria a produção de sulfonas, só conseguidas por importação dos EUA e Inglaterra. O jornal ressaltava que a aprovação do valor total era uma atitude de patriotismo e de reconhecimento do papel de São Paulo no combate à lepra. Após o fim da Era Vargas, o governo paulista assumira integralmente os encargos do combate à lepra, adotando, mais uma vez, papel destacado neste assunto.³⁶⁰

Outro jornal reiterou esse discurso. Segundo a *Folha da Manhã*, Capanema transformara a questão da verba em assunto político partidário. O deputado teria pressionado parlamentares a votarem contra a proposta, colocando assim a situação a favor ou contra São Paulo.³⁶¹

Capanema recebeu numerosa correspondência sobre seu posicionamento face ao projeto que concedia recursos ao Instituto Butantã para a produção de sulfonas. Inclusive uma carta que afirmava que, embora Minas Gerais tivesse a maioria dos casos de lepra no país, muitos eram tratados em São Paulo. Em sua defesa, o deputado afirmava que as críticas eram decorrentes de notícias falsas.³⁶²

No dia 7 de agosto de 1951, na sessão da Câmara dos Deputados, Gustavo Capanema defendeu-se das acusações da imprensa paulista relembrando o legado dos 11 anos como ministro, o posicionamento em defesa dos interesses de São Paulo, seu engajamento nas políticas de saúde pública e no combate à lepra, fato que foi confirmado por vários deputados.

Após examinar o assunto, a Comissão de Saúde Pública da Câmara dos Deputados declarou que as sulfonas não constituíam o único processo de cura da lepra e, para adotar medidas de economia, propunha que fosse destinada ao Instituto Butantã a metade da verba solicitada. O projeto a ser financiado tinha duas finalidades: a fabricação de sulfonas, e a continuação de pesquisas sobre medicamentos destinados à lepra. Ainda nessa sessão de

³⁶⁰ *Arquivo Gustavo Capanema*. GC k 1951.01.30. CPDOC/FGV.

³⁶¹ *Arquivo Gustavo Capanema*. GC k 1951.01.30. CPDOC/FGV.

³⁶² *Arquivo Gustavo Capanema*. GC k 1951.01.30. CPDOC/FGV.

agosto de 1951, o deputado Capanema afirmou que não pediu a nenhum partido que votasse contra ou a favor do projeto – fato confirmado por vários deputados, mas contestado por Lima de Figueiredo (PSD – SP, 1951-1955): Capanema teria obedecido às ordens do governo de fazer economia, agindo, assim, contra o Instituto Butantã, logo contra o Brasil. O deputado Oscar Carneiro (vice-líder do PSD – PE, 1951-1955) argumentou que a metade da verba economizada poderia ser destinada a outras instituições que se dedicavam ao combate à lepra, e que a indicação de Capanema para a votação estava de acordo com sua função de líder da bancada. Capanema alegaria que obedecera à orientação dada pelos pareceres da Comissão de Saúde Pública e de Finanças.³⁶³

A instituição mineira foi beneficiada com investimentos federais e começou a produzir as sulfonas. O governo paulista completou a metade da verba requerida pelo Butantã para produção dessa substância.³⁶⁴ Gostaria de ressaltar algumas questões sobre esse episódio. Primeiro a vinculação entre os políticos mineiros, considerando que o governador Kubitschek remete-se ao deputado Capanema para auxiliar a instituição mineira, e posteriormente, quando presidente da República, indicou Capanema para ministro do Tribunal de Contas. As acusações da bancada paulista quanto à vinculação do deputado federal com o presidente Vargas, em seu segundo mandato (1951-1954), procediam pois Capanema continuava ligado aos objetivos políticos do presidente.

O combate à lepra na gestão de Gustavo Capanema pretendeu diminuir os índices da doença, mas isso não ocorreu. A sulfona possibilitou o sucesso do tratamento terapêutico, contribuindo para o fim do isolamento. Mas como bem mostra Monteiro, os membros da comunidade médica paulista, “mesmo depois da descoberta das sulfonas, se baseavam na idéia de que, fora do isolamento, o doente representava perigo à coletividade”.³⁶⁵ Considero que foi um quadro de fatores que possibilitou a mudança de conduta em relação à doença: primeiramente, o isolamento não reduzia os seus índices e impunha alto custo social e econômico. A inovação médica, por sua vez, fez com que a vítima do mal de Hansen deixasse de ser contagiante e pudesse ser tratada em liberdade. A conjugação desses fatores possibilitaria em médio prazo, o fim do isolamento compulsório.

³⁶³ *Arquivo Gustavo Capanema*. GC k 1951.01.30. CPDOC/FGV.

³⁶⁴ *Arquivo Gustavo Capanema*. GC k 1951.01.30. CPDOC/FGV.

³⁶⁵ Monteiro, 1995: 422.

Conclusão

“Era realmente o sentimento do exílio esse vazio que trazíamos constantemente em nós, essa emoção precisa, o desejo irracional de voltar atrás ou pelo contrário, de acelerar a marcha do tempo, essas flechas ardentes da memória. (...) A partir de então, reintegrávamo-nos, afinal, à nossa condição de prisioneiros, estávamos reduzidos ao nosso passado e, ainda que alguém fosse tentado a viver no futuro, logo renunciava, ao experimentar as feridas que a imaginação finalmente inflige aos que nela confiam”.

(Albert Camus)

Algo me chamou atenção desde o início da pesquisa para o *Global Project on the History of Leprosy da International Leprosy Association*, realizada entre 2002 e 2003:³⁶⁶ a vastidão de documentos sobre a lepra no Arquivo Gustavo Capanema, depositado no CPDOC/FGV. Partindo desta constatação, procurei traçar o histórico das políticas de combate à lepra na Primeira República (1889-1930) de maneira a entender as políticas adotadas pelo Ministério da Educação e Saúde ao longo da Era Vargas (1930-1945). A documentação que me incitou a eleger a lepra como objeto de estudo no mestrado, motivou-me também a focalizar a gestão de Gustavo Capanema (1934-1945) como titular daquela pasta ministerial.

A trajetória de Capanema suplanta em muito o escopo deste estudo, logo, não fiz a biografia deste político, nem aprofundei suas relações com a saúde pública. Meu intuito foi analisar a política nacional de combate a uma das mais controvertidas doenças numa conjuntura histórica específica. Também não procurei repetir a história da tradição de repulsa à lepra, pois este enfoque todos os trabalhos adotam, seguindo sempre a mesma direção ao partirem da tradição bíblica, ou utilizando o estigma como fio condutor para a análise das práticas isolacionistas.³⁶⁷

A tese de Monteiro (1995) foi muito importante para minha dissertação, mas busquei compreender a política federal de combate à lepra, não me limitando ao estado de São Paulo, nem a analisar os efeitos no Distrito Federal e no Estado do Rio de Janeiro, sendo esta a proposta inicial do meu projeto de ingresso no Programa. Nos anexos deste texto apresento uma série de fotos com vários leprosários construídos ou reformados ao longo da gestão de Capanema, com este material iconográfico pretendo demonstrar mais uma vez a amplitude da obra ministerial no combate à lepra. O trabalho de Curi (2002) forneceu-me proveitoso diálogo sobre as entidades filantrópicas, mas a pesquisa que realizei possibilitou mostrar que a mudança política no comando da Sociedade de Assistência aos Lázarus viabilizou o sucesso da campanha preventorial, capitaneado pela aliança de Eunice Weaver com o gabinete de Gustavo Capanema.

Na Primeira República, a lepra foi gradualmente adquirindo prioridade nas agendas estaduais e na federal, destacando-se o governo paulista na criação de um aparato voltado

³⁶⁶ Maiores informações, ver: Santos, 2003.

³⁶⁷ Cito os trabalhos de: Monteiro, 1995; Tronca, 2000; Curi, 2002; Cunha, 2005

para a doença. O pressuposto básico do modelo paulista de combate à lepra era o isolamento compulsório de todas as suas vítimas, objetivo que passou a ser perseguido sistematicamente e em escala nacional após a Revolução de 1930. Até então, como bem assinala Monteiro (1995: 165) outros estados “optavam por um modelo mais ‘brando’ (...) O Distrito Federal, por exemplo, só internava os casos contagiantes; os doentes portadores de formas não contagiantes e os “negativos pelo tratamento” viviam em liberdade e eram tratados em ambulatório”. A política nacional de combate à lepra adotada pelo Ministério da Educação e Saúde, especialmente na gestão de Gustavo Capanema (1934-1945), foi influenciada pelo modelo paulista, não apenas no isolamento, mas também na definição e supervisão das políticas públicas para o território brasileiro através de órgãos específicos.

São Paulo foi também, o berço da Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra (1926), que, pouco a pouco, adquiriu amplitude nacional, através de entidades e congêneres criadas em outras cidades e estados. Embora a filantropia sempre estivesse ligada à assistência social às vítimas do mal de Hansen, a ação destas entidades foi um marco nas relações com a classe médica e, sobretudo, na relação, nem sempre harmoniosa, com os poderes públicos. Em 1932, como vimos, foi criada a Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, com sede em São Paulo, com intuito de sistematizar a campanha e articular melhor as filiadas. Enquanto Alice Tibiriçá presidiu a Federação, ela manteve autonomia decisória, o que resultou em constantes choques, com as diretrizes da saúde pública paulista. Afinal, como declarou a própria Tibiriçá: “Com o governo, se preciso; sem o governo, se possível; e até mesmo, contra o governo, se assim for necessário”.³⁶⁸

O ano de 1935 foi decisivo para a Federação: a transferência de sua sede para a capital federal coincidiu com a saída de Tibiriçá da presidência da entidade. Eleita então sua presidente, Eunice Weaver mudou radicalmente a conduta da Federação, estabelecendo relações mais próximas com o Ministério da Educação e Saúde Pública (1934-1945). A partir de 1935, a adoção pelo Ministério do Plano de Combate à Lepra definiu como meta a construção do aparelhamento anti-leproso em escala nacional. Os preventórios administrados pela Federação faziam parte desse aparato oficial, juntamente com os dispensários e os leprosários. Percebe-se então o crescimento da campanha preventorial em

³⁶⁸ MIRANDA, Maria Augusta Tibiriçá. *Alice Tibiriçá, lutas e ideais*. Rio de Janeiro, PLG Comunicações, 1981. p. 11 Apud Curi, 2002: 98.

grande parte motivada pelo apoio federal. Em 1935, apenas dois estados possuíam preventórios; outros três tinham creches;³⁶⁹ dez anos depois, todas as unidades da Federação tinham sido providas de preventórios, e as Sociedades de Assistência aos Lázaros estavam presentes em todo o país. Em discursos e correspondências, o ministro Capanema afirmou que o auxílio dado pela Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra era basilar para a política do governo federal.³⁷⁰

O Plano de 1935 foi modificado segundo as necessidades e os estudos feitos nos anos subseqüentes, mas a construção dos leprosários certamente seguiu em grande parte este estudo. Ao longo dos onze anos da gestão Capanema, a campanha anti-leprosa fez avanços notáveis, graças à centralização da política federal alcançada através de legislações específicas e da constituição de órgãos como o Serviço Nacional de Lepra, criado em 1941. A ação pública era endossada pela comunidade científica nacional, pelos congressos internacionais e pela sociedade brasileira. Na base desta articulação residia a crença de que o portador de doença e do contágio era extremamente perigoso. Logo, o isolamento imposto pela União e pelos governos estaduais não era apenas uma medida profilática, era também uma questão de defesa social.

O apoio às pesquisas, à formação de especialistas e a propaganda sanitária fizeram parte dos planos ministeriais implementados naquela conjuntura. O armamento anti-leproso montado em todas as unidades federativas concretizou-se graças à participação das entidades filantrópicas e das administrações estaduais. Como mostraram Hochman & Fonseca (2000: 179), as relações da União com os estados e municípios davam-se “através de recursos financeiros e de prestação de assistência técnica”. Esta foi uma das premissas que viabilizam as discussões da I Conferência Nacional de Saúde, realizada no Rio de Janeiro, em 1941.

Como destacou Hochman, “mesmo sob um Estado autoritário e centralizador, a presença federal foi sempre negociada com as lideranças estaduais”.³⁷¹ Além da reduzida interferência nas ações da Fundação Rockefeller e do Serviço Especial de Saúde Pública,

³⁶⁹ Pequenos abrigos de emergência.

³⁷⁰ Arquivo Gustavo Capanema. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV

³⁷¹ Hochman, 2001: 146.

destaco a relativa autonomia da Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros na administração dos preventórios.

Na sessão inaugural da II Conferência de Assistência Social aos Lázaros (1945), Ernani Agrícola declarou que havia 21.000 internos no Brasil, e que o programa de construção do armamento anti-leproso não estava concluído ainda. A doença não fora erradicada, como preconizara Gustavo Capanema em discurso proferido na inauguração da Colônia de Itanhenga (Espírito Santo), em abril de 1937; “o objetivo do governo Vargas é debelar completamente a lepra no país”³⁷² – prometera o ministro então. No encerramento da Conferência de 1945, ocorrida no final da ditadura estadonovista, os participantes ressaltaram porém que a gestão Capanema implementara a mais ambiciosa política de combate à lepra que o Brasil já tivera, e os dados apresentados em minha dissertação mostra que sua repercussão foi além das fronteiras do país.

³⁷² Boletim Mimeografado, número 3 – Combate à lepra. Rio de Janeiro de 1937. Este boletim era uma publicação do Serviço de Publicidade do ministério da Educação e Saúde. *Arquivo Gustavo Capanema*. GC h 1935.09.02 CPDOC/FGV.

Bibliografia Geral

Arquivos:

→ Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil (CPDOC) / Fundação Getúlio Vargas (FGV).

- Arquivo Capanema

- Arquivo Getúlio Vargas

- Arquivo Cristiano Machado

→ Fundação Biblioteca Nacional

- Divisão de Obras Gerais.

- Divisão de Referência e Documentação.

- Divisão de Iconografia.

- Divisão de Obras Raras.

- Divisão de Manuscritos.

→ Biblioteca do Instituto Histórico e Geográfico Brasileiro.

→ Biblioteca da Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz.

→ Acervo Pessoal Pedro Baptista, sob a custódia de Cláudio José de Souza.

Fontes:

- AGRÍCOLA, E.; BARRETO, B. & MOTTA, J. (1935), “Plano de construção”. In: *Arquivos de Higiene*, Anno V, número 1.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE LEPROLOGIA. (1964), *Simpósio Sobre Profilaxia da Lepra*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.
- DINIZ, O. (1960), *Profilaxia da Lepra*. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Medicina Militar.
- FEDERAÇÃO DAS SOCIEDADES DE ASSISTÊNCIA AOS LÁZAROS E DEFESA CONTRA A LEPROLOGIA. (1939), *Anais da I Conferência de Assistência Social aos Lázaros*. Rio de Janeiro: Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra.
- _____ (1943), *Uma campanha de solidariedade humana e interesse nacional*. Rio de Janeiro: Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra.
- _____ (1946), *Anais da II Conferência de Assistência Social aos Lázaros*. Rio de Janeiro: Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra.
- GAMA, A. P. C. da. (1847), “Resultado das experiências feitas com o guano no Hospital dos Lázaros”. *Arquivo Médico Brasileiro*, t.III, n. 8, abril.
- MALCHER, J. da G. (1848), *Arquivo Médico Brasileiro*, t.IV, n. 7, abril.
- MAURANO, F. (1944), *Tratado de Leprologia. História da Lepra no Brasil e sua distribuição geográfica*. Rio de Janeiro: Serviço Nacional de Lepra. Vol.1 e 2.
- NEIVA, A. (1940), *Considerações sobre o problema da lepra: a lição de São Paulo - Suas iniciativas e grande exemplo*. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde.
- NEIVA, A. (1940), *Defendendo São Paulo e suas iniciativas no combate a lepra*. Rio de Janeiro: Ministério da Educação e Saúde.
- PITTA, M. A. de M. A. (1848), “Parecer sobre o assacu”. *Arquivo Médico Brasileiro*, t. IV, n. 12, setembro.
- RAPOSO, J. M. (1848), “Observação de um caso de elefantíase dos gregos”. *Arquivo Médico Brasileiro*. t. IV, n. 5, fevereiro.
- RIBEIRO, A. M. (1943), “A campanha contra a lepra no Brasil”. In: *Separata da Revista do Serviço Público*, Anno VI, Vol. IV, número 2.

- NUNES SARNO, E. (2003), “Hansen’s disease in the laboratory”. In: ROBERTSON, J. (Guest Editor) *Leprosy: A Long History of Stigma*. História, Ciência, Saúde: Manguinhos, v.10, (supplement I). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, pp. 277-90.
- SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA AOS LÁZAROS E DEFESA CONTRA A LEPROSA / SÃO PAULO. (1960), *Alice Tibiriçá – Traços Biográficos*. São Paulo: SALDCL.
- SOUZA-ARAÚJO, H. C. de (1933), “Plano geral de campanha contra a lepra no Brasil”. In: *Revista Médica-Cirúrgica do Brasil*. Ano XLI, número 11, novembro.
- _____. (1946), *História da Lepra no Brasil. Períodos Colonial e Monárquico. 1500-1889*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional. Vol.1.
- _____. (1948), *História da Lepra no Brasil. Período Republicano (1889-1946)*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional. Vol. 2.
- _____. (1956), *História da Lepra no Brasil. Período Republicano (1890-1952)*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional. Vol. 3.
- VARGAS, G. (1995), *Diário (1930-1943)*. Rio de Janeiro / São Paulo: FGV / Siciliano. 2 vols.
- WEAVER, E. (1949), “Os preventórios do Brasil no momento. A razão dos preventórios”. (mimeo).

Referências bibliográficas:

- ABREU, A. A.; BELOCH, I.; LAMARÃO, S. T. de N.; LATTMAN-WELTMAN, F. (coord.) (2001), *Dicionário Histórico Biográfico Brasileiro. Pós-1930*. Rio de Janeiro: FGV. (cd-rom)
- ACKERKNECHT, E. H (1948), “Anticontagionism between 1821 and 1867”. *Bulletin of the History of Medicine*, vol. XXII, n.º 5. Baltimore: [The Johns Hopkins University Press](#), pp.562-93.
- ALMEIDA, A. B. de S. (2003), “O Projeto Capanema e a Saúde Pública no Brasil: o debate na Câmara dos Deputados (1935-37)”. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz. (mimeo)
- ARTIÈRES. Philippe. (1998), “Arquivar a Própria Vida”. In: *Estudos Históricos*. Rio de Janeiro, v.11, n.21. (PDF)

- BENCHIMOL, J. L. (1990), *Pereira Passos, um Haussmann tropical: a renovação urbana do Rio de Janeiro no início do século XX*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura.
- _____ (coord.) (2001), *Febre Amarela – A doença e a vacina, uma história inacabada*. Rio de Janeiro: Fiocruz / Bio-Manguinhos.
- _____ & SÁ, M. R. (2004), “Adolpho Lutz e as controvérsias sobre a transmissão da lepra por mosquitos”. In: _____ & _____ (Org) *Adolpho Lutz, obra completa*. volume I. Livro II - Hanseníase. Rio de Janeiro: [Fiocruz](#), pp. 27-205.
- _____, SÁ, M. R.; CRUZ, M. de S. A. da; ANDRADE, M. M. de. (2003), “Fight for survival: the life of a Hansen’s disease sufferer through his correspondente with Adolpho Lutz” In: ROBERTSON, J. (Guest Editor) *Leprosy: A Long History of Stigma. História, Ciência, Saúde: Manguinhos*, v.10, (supplement I). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, pp. 361-96.
- BOMENY, H. (Org) (2001), *Constelação Capanema: intelectuais e políticas*. Rio de Janeiro: FGV / Universidade São Francisco.
- BORGES, V. P. (1991/1992), “História e Política: laços permanentes”. In: *Revista Brasileira de História: Política e Cultura*, v. 12, n. 23-24. (set.1991 / ago.1992). São Paulo: ANPUH/Marco Zero/SCT/CNpq/Finep, pp.7-18.
- BOURDIEU, P. (1996), “A ilusão biográfica”. In: FERREIRA, M. de M. & AMADO, J. (Org.). *Usos e abusos da história oral*. Rio de Janeiro: FGV. pp. 183-91.
- BRAGA, A. B. (2006), “*O que tem que ser tem força*”: narrativa sobre a doença e a internação de Pedro Baptista, leproso, meu avô (1933-1955). Dissertação (Mestrado em História) - Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz, Rio de Janeiro.
- BRITTO, N. (1995), *Oswaldo Cruz: a construção de um mito na ciência brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- BURKE, P. (1992), *A Revolução Francesa da historiografia: a Escola dos Annales, 1929-1989*. São Paulo: UNESP. 2ª ed.
- CAMARGO, A. (Org.) (1989), *1937 O Golpe Silencioso*. Rio de Janeiro: Rio Fundo.
- CAMPOS, A. L. V. (2000), “Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o Serviço Especial de Saúde Pública”. In: GOMES, Â. M. de C. (Org.) *Capanema: o Ministro e seu Ministério*. Rio de Janeiro: FGV, pp. 195-220.
- CAMUS, A. (1999), *A Peste*. Rio de Janeiro: Record. 12ª ed.

- CAPELATO, M. H. (2003), “O Estado Novo: o que trouxe de novo?”. In: FERREIRA, J. & DELGADO, L. (Orgs.) *O Brasil Republicano. Vol. 2: O tempo do nacional-estatismo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, pp. 107-43.
- CARRARA, S. (1996), *Tributo a Vênus. A luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- CARRILLO, A. M. (2004), “Profissões da Saúde e Lutas de Poder no México, 1821-1917”. In: HOCHMAN, G. & ARMUS, D. (Org.) *Curar, Controlar, Cuidar. Ensaio histórico sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 29-55.
- CARVALHO, J. M. de (1996), *Os bestializados: O Rio de Janeiro e a República que não foi*. São Paulo: Companhia das Letras.
- _____. (1996), *A Construção da Ordem: a elite política imperial / Teatro de Sombras: a política imperial*. Rio de Janeiro: UFRJ / Relume Dumará. 2ª. ed.
- CARVALHO, M. A. R. de (2001), “A crise e a refundação republicana, em 1930”. In: _____. *República no Catete*. Rio de Janeiro: Museu da República, pp. 89-109.
- CASTRO SANTOS, L. A. de (1985), “O pensamento sanitário na primeira república: uma ideologia de construção da nacionalidade”. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, pp. 193-210.
- _____. (1993), “A reforma sanitária ‘Pelo Alto’: o pioneirismo paulista no início do século XX”. *Dados – Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 3, pp. 361-92.
- CERTEAU, M. de. (1994), *A Invenção do Cotidiano – Artes de Fazer*. vol. 1. Petrópolis: Vozes. 3ª. ed.
- CHALHOUB, S. (1996), *Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo: Companhia das Letras.
- CLARO, L. B. L. (1995), *Hanseníase. Representações sobre a doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- CUETO, M. (1998/1999), “Images of health, illness, and development: Latin-America’s Rockefeller Foundation’s photographs”. In: *História, Ciência, Saúde: Manguinhos*. v.5, n.3, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz (PDF)
- CUNHA, V. da S. (2005), *O isolamento compulsório em questão. Políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1941)*. Dissertação (Mestrado em História) - Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz, Rio de Janeiro.
- CYTRYNOWICZ, R. (2001), “Imagens, políticas e leituras do Arquivo Capanema”. In: *História, Ciências e Saúde: Manguinhos*. v.8, n.2, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, pp. 472-75.

- CURI, L. M. (2002), “*Defender os sãos e consolar os lázaros*”. *Lepra e isolamento no Brasil. 1935/1976*. Dissertação (Mestrado em História) - Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.
- DELUMEAU, J. (2002), *O medo no Ocidente, 1300 –1800: uma cidade sitiada*. São Paulo: Companhia das Letras. 6^a.ed.
- DINIZ, E. (1996), “O Estado Novo: Estrutura de poder. Relações de classes”. In: FAUSTO, B. (Direção) *História Geral da Civilização Brasileira. Brasil Republicano – Sociedade e Política (1930-1964)*. Volume III, Tomo III. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil. 6^a. ed.
- _____. (1999), “Engenharia institucional e políticas públicas: dos conselhos técnicos às câmaras setoriais”. In: PANDOLFI, D. (Org.). *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: FGV.
- _____. (2004), “Empresário, Estado e Capitalismo no Brasil: 1930-1945”. In: Seminário Internacional “Da Vida para a História: O Legado de Getúlio Vargas”. Porto Alegre. (mimeo).
- ELIAS, N. (1989). *O Processo Civilizacional*. 2 vols. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- FERREIRA, M. de M. (1992), “A nova ‘Velha História’ o retorno da história política”. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v.5, n.10, pp. 265-71.
- FONSECA, C. M. O. (1991), “A criação do Ministério da Educação e Saúde Pública: Marco da institucionalização da saúde pública no Brasil”. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz – Departamento de Pesquisa. Seminário Interno. (mimeo).
- _____. (1993), “Ideologia e políticas públicas: A construção da nação e a reforma do Ministério da Educação e Saúde Pública (1934 – 1937)”. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz. III Seminário Interno do Departamento de Pesquisa. (mimeo).
- FOUCAULT, M. (1996), *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal. 12^a. ed.
- _____. (1993), *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes. 10^a. ed.
- FRAIZ, P. (1998), “A dimensão autobiográfica dos arquivos pessoais: o arquivo de Gustavo Capanema”. In: *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v.11, n.21. (PDF)
- _____. (2000), “Arquivos pessoais e projetos autobiográficos: o arquivo de Gustavo Capanema”. In: GOMES, Â. M. de C. (Org). *Capanema: O ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro: FGV / Universidade São Francisco, pp. 73-102.
- FREIRE, A. (2000), *Uma Capital para a República - Poder federal e forças políticas locais no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Revan.

- GINZBURG, C. (1991), *História Noturna. Decifrando o Sabá*. São Paulo: Companhia das Letras.
- GOMES, Â. M. de C. (Org.) (1980), *Regionalismo e Centralização Política - Partidos e Constituinte nos Anos 30*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- _____. (1998), Nas malhas do feitiço: o historiador e os encantos dos arquivos privados. In: *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v.11, n.21. (PDF)
- _____. (Org) (2000), *Capanema: O ministro e seu ministério*. Rio de Janeiro, FGV / Universidade São Francisco.
- _____. (Org.) (2002), *A República no Brasil*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira / FGV.
- _____. (2004), Escrita de si, escrita da História: a título de prólogo. In: _____. (Org.). *Escrita de si, escrita da História*. Rio de Janeiro: Editora FGV. pp. 07-24.
- GOULART, A. da C. (2005), “Revisitando a espanhola: a gripe pandêmica de 1918 no Rio de Janeiro”. In: *História. Ciência. Saúde – Manguinhos*, v.12, n.1, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz. (PDF)
- GOULD, T. (2005), *Don't Fence Me In – Leprosy in Modern Times*. London: Bloomsbury.
- GUIMARÃES, M. L. L. S. (Org.) (1983), *A Revolução de 30. Seminário Internacional*. Brasília: UnB.
- HOCHMAN, G. (1991), “Veto e negociação: a centralização da política de saúde em debate na Câmara dos Deputados 1918 – 1919”. Rio de Janeiro: Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz. (mimeo).
- _____. (1993), “Regulando os efeitos da interdependência: sobre as relações entre saúde pública e construção do Estado (Brasil, 1910-1930)”. In: *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v.6, n.11, pp. 40-61.
- _____. (1998), *A era do saneamento: as bases da política da saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec/Anpocs.
- _____. (2001), “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, pp.127-51.
- _____ & ARMUS, D. (Org.) (2004), *Curar, Controlar, Cuidar. Ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

- _____ & FONSECA, C. M. O. (1999), “O que há de novo? Políticas de Saúde e Previdência, 1937-1945” In: PANDOLFI, D. (Org.) *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: FGV, pp. 73-93.
- _____ & FONSECA, C. M. O. (2000), “A I Conferência Nacional de Saúde: Reformas, Políticas e Saúde Pública em debate no Estado Novo”. In: GOMES, Â. M. de C. (Org.) *Capanema: o Ministro e seu Ministério*. Rio de Janeiro: FGV, pp. 173-93.
- JABERT, A. (2001), *Da Nau dos Loucos ao Trem de Doido: as formas e administração da loucura na Primeira República - o caso do Espírito Santo*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública / Fiocruz, Rio de Janeiro.
- KEFFER, L. (1946), *Índice Bibliográfico de Lepra. 1500-1944*. 3 vols. São Paulo: Biblioteca de Departamento de Lepra de São Paulo.
- LABRA, M. E. (1985), *O Movimento Sanitarista dos Anos 20: Da Conexão Sanitária Internacional à Especialidade em Saúde Pública no Brasil*. Dissertação (Mestrado em Administração) - Escola Brasileira de Administração Pública da Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro:
- LACERDA, A. L. de. (2000), “Fotografia e propaganda política: Capanema e o projeto editorial. Obra getuliana”. In: GOMES, Â. M. de C. (Org.) *Capanema: o Ministro e seu Ministério*. Rio de Janeiro: FGV, pp. 103-39.
- LE GOFF, J. (1994), *A Civilização do Ocidente Medieval*. vol.2. Lisboa: Editorial Estampa.
- _____ (Org.) (1997), “Memória”. In: *Enciclopédia Einaudi*. Vol. 1. Memória – História. Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da Moeda.
- _____. (1997), *As doenças têm história*. Lisboa: Terramar.
- LIMA, A. L. G. & PINTO, M. M. (2003), “Fontes para a História dos 50 Anos do ministério da Saúde”. In: *História, Ciência, Saúde: Manguinhos*, v.10. n.1. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, pp. 1037-51.
- MATTOS, D. M. (2002), *Fora do Arraial: lepra e instituições asilares em Santa Catarina (1940-1950)*. Dissertação (Mestrado em História) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- MONTEIRO, Y. N. (1995), *Da maldição divina à exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo*. Tese (Doutorado em História) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo.
- _____. (2003), “Prophylaxis and exclusion compulsory isolation of Hansen’s disease patients in São Paulo”. In: ROBERTSON, J. (Guest Editor). *Leprosy: A Long*

History of Stigma. *História, Ciência, Saúde: Manguinhos*, v.10. (supplement I). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, pp. 95-121.

- MOREIRA, R. da L. (Org.) (2000), *Arquivo Gustavo Capanema, inventario analítico*. Rio de Janeiro: CPDOC.
- MOTT, M. L. (2003), “Trabalhando para a formação um mundo melhor: as lutas e as idéias de Alice Tibiriçá”. In: XI Encontro Regional de História – Democracia e Conflito. Rio de Janeiro: UERJ. (mimeo)
- MOTTA, M. S. da (2001), *Rio de Janeiro: de Cidade-capital a Estado da Guanabara*. Rio de Janeiro: FGV.
- _____. (2004), *Rio, Cidade-Capital*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- MOURA, G. (1984). *Tio Sam chega ao Brasil*. São Paulo: Brasiliense.
- _____. (1993), “Neutralidade dependente: o caso do Brasil, 1939-42”. In: *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, vol.6, n.12, pp. 177-89.
- NASCIMENTO, D. R. do & CARVALHO, D. M. de (Orgs.) (2004), *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15.
- NORA, P. (1993), “Entre memória e história: a problemática dos lugares”. In *Projeto História*, n.10, dez. São Paulo: PUC, pp. 7-28.
- OLIVEIRA, L. L.; VELLOSO, M. P.; GOMES, Â. M. de C. (1982), *Estado Novo. Ideologia e Poder*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- PALMER, S. (2004), “Saúde Imperial e Educação Popular: a Fundação Rockefeller na costa Rica em uma perspectiva centro-americana, 1914-1921”. In: HOCHMAN, G. & ARMUS, D. (Org.) *Curar, Controlar, Cuidar. Ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 217-48.
- PANDOLFI, D. (Org.) (1999), *Repensando o Estado Novo*. Rio de Janeiro: FGV.
- PÉCAUT, D. (1990), *Os Intelectuais e a Política no Brasil - Entre o Povo e a Nação*. São Paulo: Ática.
- PETER, J-P. & REVEL, J. (1997), “O corpo: o Homem Doente e a sua História”. In: LE GOFF, J. & NORA, P. *Fazer História – Novos Objectos*. Viseu: Bertrand Editora, pp. 183-206.
- PINHEIRO, L. de A. (2003), *A civilização do Brasil através da infância: propostas e ações voltadas à criança pobre nos anos finais do Império (1879-1889)*. Dissertação (Mestrado em História) – Programa de Pós-graduação em História / Universidade Federal Fluminense, Niterói.

- PORTER, R. (1992), “História do Corpo”. In : BURKE, P. (Org.) *A Escrita da História. Novas Perspectivas*. São Paulo: Unesp, pp. 291-326.
- PORTO, Â.e OLIVEIRA, B. T. de O. (nov.1995-fev.1996), “Edifício colônia construído pelos jesuítas é lazareto desde 1752 no Rio de Janeiro”. In: *História. Ciência. Saúde – Manguinhos*, v.2, n.3, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, pp. 171-80.
- PROCHASSON, C. (1998), “Atenção: verdade!” Arquivos privados e renovação das práticas historiográficas”. In: *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v.11, n.21. (PDF)
- REIS, E. P. (1988), “O Estado Nacional como Ideologia: O caso brasileiro” In: *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, vol.1, n. 2, pp. 187-203.
- RÉMOND, R. (Org.) (1996), *Por uma história política*. Rio de Janeiro: UFRJ/FGV.
- RIBEIRO, M. A. R. (1993), *História sem fim... Um inventário da saúde pública: São Paulo 1880-1930*. São Paulo: Unesp.
- RIOUX, J-P. & SIRINELLI, J-F. (Dir.) (1998), *Para uma história cultural*. Lisboa: Editorial Estampa.
- ROBERTSON, J. (Guest Editor) (2003), Leprosy: A Long History of Stigma. *História, Ciência, Saúde: Manguinhos*, v.10. (supplement I). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz.
- ROSENBERG, C. (1997), “Introduction: Framing disease: Illness, society and history”, In _____ & GOLDEN, J. (editors). *Framing Disease. Studies in Cultural History*. New Brunswick: Rutgers University Press, pp. xiii-xxvi.
- SANGLARD, G. P. (2005), *Entre os salões e o laboratório: Filantropia, mecenato e práticas científicas – Rio de Janeiro, 1920-1940*. Tese (Doutorado em História) - Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz, Rio de Janeiro.
- SANTOS, V. S. M. dos (2003), Pesquisa documental sobre a história da hanseníase no Brasil. In: ROBERTSON, J. (Guest Editor) Leprosy: A Long History of Stigma. *História, Ciência, Saúde: Manguinhos*, v.10. (supplement I). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, pp. 415-26.
- SCHUMAHER, S. & BRAZIL, E. V. (Orgs.) (2000), *Dicionário Mulheres do Brasil: de 1500 até a atualidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- SEVCENKO, Nicolau. (1984), *A Revolta da Vacina: mentes insanas em corpos rebeldes*. São Paulo: Brasiliense.
- SCHWARTZMAN, S. (1983), “O intelectual e o poder: a carreira política de Gustavo Capanema”. In: GUIMARÃES, Manoel Luis Lima Salgado. (Org.) *A Revolução de 30. Seminário Internacional*. Brasília: UnB, pp. 365-97.

- _____.(Org.) (1983), *Estado Novo, um auto-retrato*. Brasília: UnB.
- _____; BOMENY, H.; COSTA, V. M. (2000), *Tempos de Capanema*. Rio de Janeiro: Paz e Terra / FGV. 2^a. ed.
- SMITH III, T. H. (2003), “A monument to Lazarus: the leprosy hospital of Rio de Janeiro”. In: ROBERTSON, J. (Guest Editor). *Leprosy: A Long History of Stigma. História, Ciência, Saúde: Manguinhos*, v.10. (supplement I). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, pp. 143-60.
- SOUSA, V. S. de. (2006), *A política biológica como projeto: a “eugenia negativa” e a construção da nacionalidade na trajetória de Renato Kehl (1917-1932)*. Dissertação (Mestrado em História) - Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz, Rio de Janeiro.
- TELAROLLI JUNIOR, R. (1996), *Poder e saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo*. São Paulo: Unesp.
- TORRES, D. O. (2002), *Batallas contra la lepra: Estado, Medicina y Ciencia en Colombia*. Medellín: Banco de la República / Fondo Editorial Universidad EAFIT.
- TOTA, A. P. (2000), *O imperialismo sedutor*. São Paulo: Companhia das Letras.
- TRONCA, I. A. (2000), *As Máscaras do Medo. Lepra e Aids*. Campinas: Unicamp.
- VELLOSO, M. P. (1982), “Cultura e poder político: uma configuração do campo intelectual”. In: OLIVEIRA, L. L.; VELLOSO, M. P.; GOMES, Â. M. de C. *Estado Novo. Ideologia e Poder*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, pp. 71-108.
- _____. (2003), “Os intelectuais e a política cultural do Estado Novo”. In: FERREIRA, J. & DELGADO, L. (Orgs.) *O Brasil Republicano. Vol. 2: O tempo do nacional-estatismo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, pp. 145-79.
- VELOSO, M. & MADEIRA, A.(2000) *Leituras Brasileiras – Itinerários no Pensamento Social e na Literatura*. São Paulo: Paz e Terra.
- VIANA, L. W. (2001), “O Estado Novo e a “ampliação” autoritária da República”. In: Carvalho, M. A. R. de (Org.) *República no Catete*. Rio de Janeiro: Museu da República, pp.111-53.
- VIANNA, F. R. (1998), “Hanseníase”. In: SCHECHTER, M. & MARANGONI, D. V. *Doenças Infecciosas – Conduta Diagnóstica e Terapêutica*. Rio de Janeiro: Guanabara / Koogan. 2^a. ed., pp. 248-51.
- WARLICH, B. M. de S. (1983), *Reforma administrativa na Era de Vargas*. Rio de Janeiro: FGV.
- WHITE, C. (2003), “Carville and Curupaiti: Experiences of confinement and community”. In: ROBERTSON, J. (Guest Editor) *Leprosy: A Long History of*

Stigma. *História, Ciência, Saúde: Manguinhos*, v.10. (supplement I). Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz, pp. 123-41.

Sites:

- <http://www.leprosyhistory.org>.
- <http://www.scielo.br>
- <http://www.cpdoc.fgv.br>.
- <http://www.academia.org.br>.
- <http://www.alerj.rj.gov.br/memoria/historia>.
- <http://www.sms.rio.rj.gov.br>.
- <http://www.bn.br>.
- <http://www.ibge.gov.br>.

ANEXOS



Posse de Gustavo Capanema no Ministério da Educação e Saúde Pública (1934).

Arquivo Gustavo Capanema. GCFOTO033.CPDOC/FGV



Arquivo Acordo Brasil – Estados Unidos. Jefferson Caffery, Gustavo Capanema (sentado), Oswaldo Aranha. (Rio de Janeiro, 17 de julho de 1942)
Arquivo Gustavo Capanema. GCFOTO250.CPDOC/FGV

Colônia Itanhenga (ES). Inaugurada em 1937.

Foto 1 ► Chegada de Gustavo Capanema no Porto de Vitória.

Arquivo Gustavo Capanema. GCFOTO084_1.CPDOC/FGV.

Foto 2 ► Discurso na inauguração da Colônia.

Arquivo Gustavo Capanema. GCFOTO084_20.CPDOC/FGV.



Colônia Itanhenga (ES). Inaugurada em 1937.

Foto 1 ► Dormitório.

Arquivo Gustavo Capanema. GCFOTO522_17.CPDOC/FGV.

Foto 2 ► Vista aérea.

Arquivo Gustavo Capanema. GCFOTO522_14.CPDOC/FGV.



Colônia de Iguá (RJ).

Foto 1 ► Getúlio Vargas e Capanema.

Arquivo Gustavo Capanema. GCFOTO138_2.CPDOC/FGV



Preventório
Vista Alegre
(RJ).
Foto 2 ►
Capanema e

Eunice Weaver.

Arquivo Gustavo Capanema. GCFOTO221.CPDOC/FGV



Colônia de Iguá (RJ).

Foto 1 ► Getúlio Vargas e Capanema.

Arquivo Gustavo Capanema. GCFOTO138_2.CPDOC/FGV



Preventório
Vista Alegre
(RJ).
Foto 2 ►
Capanema e

Eunice Weaver.

Arquivo Gustavo Capanema. GCFOTO221.CPDOC/FGV



Preventório Gustavo Capanema (AM).

Foto 1 ► Prédio.

Arquivo Gustavo Capanema. GCFOTO519_9.CPDOC/FGV.

Foto 2 ► Crianças trabalhando, “formação moral”.

Arquivo Gustavo Capanema. GCFOTO519_14.CPDOC/FGV.

Foto 3 ► Desfile cívico.

Arquivo Gustavo Capanema. GCFOTO519_17.CPDOC/FGV.



Asilo-Colônia Pirapitingui (SP).

Foto 1 ► Sala de aula.

Acervo Pedro Baptista, sob a custódia de Cláudio José.

Foto 2 ► Natal.

Acervo Pedro Baptista, sob a custódia de Cláudio José.



Colônia Itapoan (RS). Inaugurada em 1940.

Foto 1 ► Vista panorâmica da Colônia situada no pampa gaúcho. A igreja no canto direito e casas nas proximidades.

Arquivo Gustavo Capanema. GCFOTO533_4.CPDOC/FGV

Foto 2 ► Rua da Colônia com casas. Percebe-se internos ao fundo.

Arquivo Gustavo Capanema. GCFOTO533_5.CPDOC/FGV



Colônia Santa Tereza (SC). Inaugurada em 1940.

Foto 1 ► Vista panorâmica.

Arquivo Gustavo Capanema. GCFOTO534_12.CPDOC/FGV

Foto 2 ► Casa da Colônia.

Arquivo Gustavo Capanema. GCFOTO534_8.CPDOC/FGV



Colônia do Prata (PA). Inaugurada em 1924.

Foto 1 ► Alameda de entrada da Igreja da Colônia. Outros prédios ao fundo.

Arquivo Gustavo Capanema. GCFOTO526_72.CPDOC/FGV

Foto 2 ► Internos presentes durante a missa.

Arquivo Gustavo Capanema. GCFOTO526_41.CPDOC/FGV



Foto 1 ► Pavilhão com internos na varanda. Este leprosário foi construído e inaugurado antes da Era Vargas (1930-1945).

Arquivo Gustavo Capanema. GCFOTO519_1.CPDOC/FGV.



Colônia Antonio Aleixo (AM). Inaugurada em 1942.

Foto 1 ► Residências dos internos.

Arquivo Gustavo Capanema. GCFOTO518_8.CPDOC/FGV.

Foto 2 ► Residências dos internos – Colônia nos arredores da floresta amazônica, percebem-se as árvores no fundo da foto.

Arquivo Gustavo Capanema. GCFOTO519_6.CPDOC/FGV.

Foto 3 ► A Colônia ao fundo, nas margens do rio Negro.

Arquivo Gustavo Capanema. GCFOTO519_5.CPDOC/FGV.



Leprosário Antonio Diogo (CE). Inaugurado em 1928.

Foto 1 ► Interno deste leprosário.

Arquivo Gustavo Capanema. GCFOTO521_1.CPDOC/FGV



Colônia Eduardo Rabelo (AL). Inaugurada em 1940.

Foto 1 ► Vista da Colônia.

Arquivo Gustavo Capanema. GCFOTO518_1.CPDOC/FGV.

Foto 2 ► Residências dos internos.

Arquivo Gustavo Capanema. GCFOTO518_2.CPDOC/FGV.



Colônia de Águas Claras (BA). Inaugurada em 1945.

Foto 1 ► Casa dos internos.

Arquivo Gustavo Capanema. GCFOTO520_1.CPDOC/FGV.

Foto 2 ► Vista das casas da Colônia.

Arquivo Gustavo Capanema. GCFOTO520_2.CPDOC/FGV



Colônia Carpina (PI). Inaugurada em 1931.

Foto 1 ► Casas dos internos (fase de construção) – Instituição localizada em região seca e com instalações simples.

Arquivo Gustavo Capanema. GCFOTO530_1.CPDOC/FGV



Colônia Bonfim (MA). Inaugurada em 1937.

Foto 1 ► Rua com casas dos internos (fase de construção).

Arquivo Gustavo Capanema. GCFOTO524_12.CPDOC/FGV

Foto 2 ► Rua com os internos nas varandas.

Arquivo Gustavo Capanema. GCFOTO524_19.CPDOC/FGV

Foto 3 ► Casas dos internos.

Arquivo Gustavo Capanema. GCFOTO524_20.CPDOC/FGV



Colônia Getulio Vargas (PB). Inaugurado em 1941.

Foto 1 ► Pórtico de entrada da Colônia.³⁷³

Arquivo Gustavo Capanema. GCFOTO527_4.CPDOC/FGV

Foto 2 ► Pavilhão Esperança

Arquivo Gustavo Capanema. GCFOTO527_9.CPDOC/FGV.



³⁷³ Em 1881, ao visitar o Hospital dos Lázaros, no Rio de Janeiro, o Imperador D. Pedro II desaprovou a inscrição da entrada do hospital - “Abandonai toda esperança, vós que entraís!” - frase da Porta do Inferno de Dante (Divina comédia, Canto III, 9). E registrou no livro de visitas, a sugestão de “Aqui renasce a esperança”, que consta no vitral do átrio do hospital, inaugurado em 1920. Maiores informações, ver PORTO, Â. & OLIVEIRA, B. T. de O: 1995/1996.

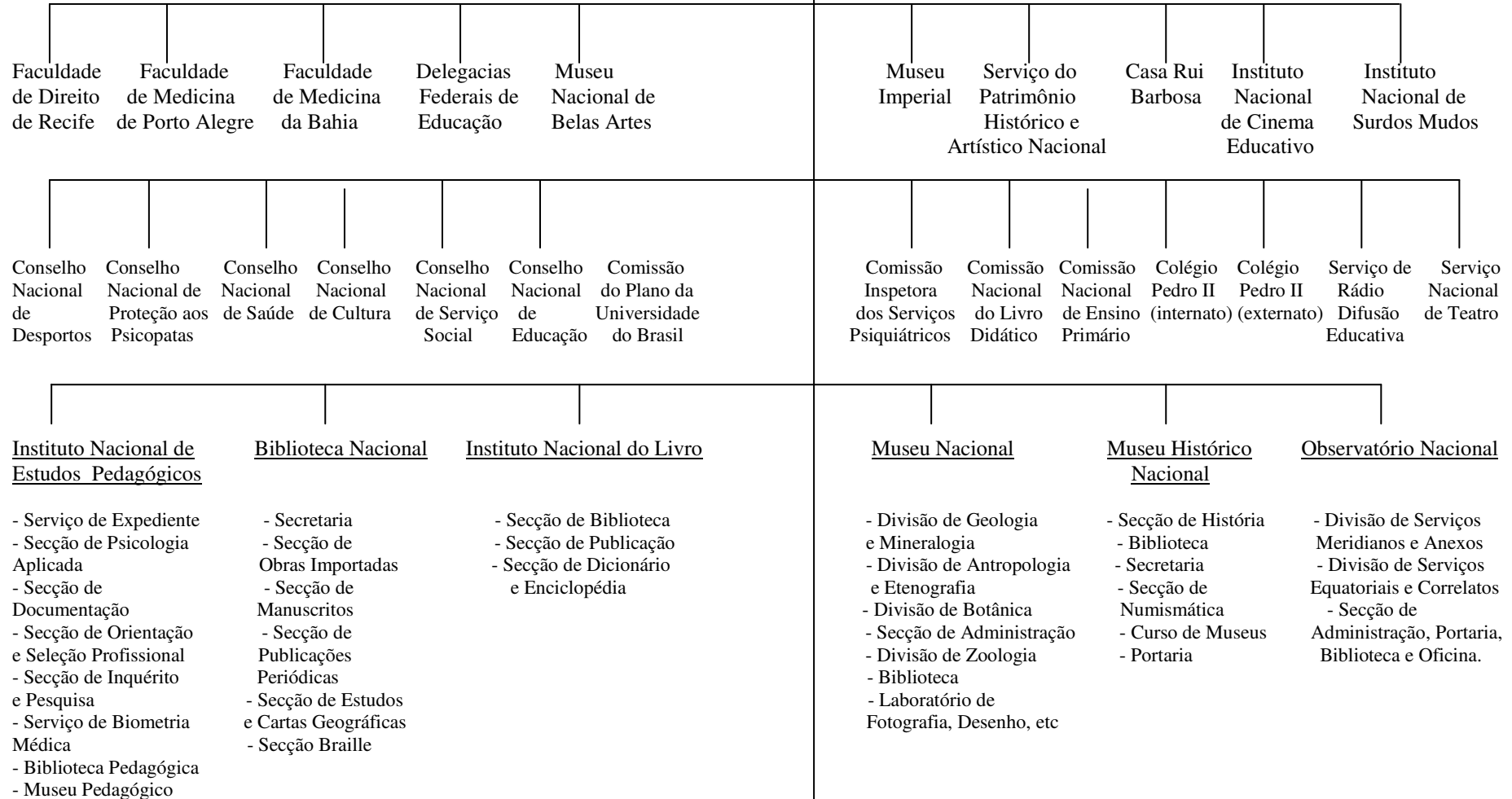
Educandário Eunice Weaver – Águas Claras, no subúrbio de Salvador. 1945

<i>Curso Elementar</i>						
Horário	Dias da Semana					
	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
8 às 8,15	<i>Canto e Marcha</i>					
8,15 às 9	Aritmética	Geografia	Aritmética	Verbo	Aritmética	Ciências Naturais
9 às 9 ½	Composição	Ditado	Cópia	Análise	Ditado	Cópia
9 ½ às 10	Português	Introdução Moral e Cívica	Desenho	Geografia	Geometria	História da Pátria
10 às 10,15	<i>Merenda</i>					
10,15 às 11,15	Leitura	Problema	História da Pátria	Cálculo	Leitura	Desenho
11,15 às 14	<i>Almoço</i>		<i>Recreio</i>	<i>Descanso</i>		
14 às 16	<i>Banca</i>					
16 às 18	Educação Física		Catecismo	Educação Física		Catecismo

Fonte: Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra. *Anais da II Conferência de Assistência Social aos Lázaros*. Rio de Janeiro, Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defesa contra a Lepra, 1946, p.204.

Ministério da Educação e Saúde

Comissão Eficiência ----- MINISTRO ----- Gabinete
Secção Segurança Nacional



Departamento Nacional da Criança

- Divisão de Proteção Social da Infância
- Instituto Nacional de Puericultura
- Divisão de Cooperação Federal
- Serviço de Administração

Universidade do Brasil

- Faculdade Nacional de Direito
- Faculdade Nacional de Farmácia
- Escola Nacional de Educação Física e Desporto
- Faculdade Nacional de Medicina
- Faculdade Nacional de Odontologia
- Faculdade Nacional de Filosofia
- Escola Nacional de Engenharia
- Escola Nacional de Música
- Escola Nacional de Minas e Metalurgia
- Escola Nacional de Belas Artes
- Escola Nacional de Química
- Escola Enfermeiras Ana Neri
- Instituto de Psicologia
- Instituto de Psiquiatria

Departamento Nacional de Saúde

- Divisão de Organização Hospitalar
- Divisão de Organização Sanitária
- Instituto Oswaldo Cruz
- Serviço de Administração
- Serviço de Saúde dos Portos
- Serviço Federal de Águas e Esgotos
- Serviço Federal de Bioestatística Escolar
- Serviço Nacional do Câncer
- Serviço Nacional de Educação Sanitária
- Serviço Nacional de Febre Amarela
- Serviço Nacional da Fiscalização da Medicina
- Serviço Nacional de Lepra
- Serviço Nacional de Malária
- Serviço Nacional de Peste
- Serviço Nacional de Tuberculose
- Serviço Nacional de Doenças Mentais
- Delegacias Federais de Saúde

Serviço de Documentação

- Secção de Divulgação
- Secção de Documentação

Departamento de Administração

- Divisão de Pessoal
- Divisão de Material
- Divisão de Orçamento
- Divisão de Obras
- Serviço de Comunicação
- Tesouraria
- Biblioteca
- Serviço Administrativo. Sede
- Serviço de Transporte

Serviço de Estatística Educação e Saúde

- Secção de Estatística Ensino Primário
- Secção de Estatística Ensino de outras modalidades
- Secção de Estatística das Instituições Culturais
- Secção de Estatística da Assistência Médica Sanitária

Departamento Nacional de Educação

- Divisão de Ensino Primário
- Divisão de Ensino Industrial
- Divisão de Ensino Comercial
- Divisão de Ensino Doméstico
- Divisão de Ensino Secundário
- Divisão de Ensino Superior
- Divisão de Educação Extra-
- Divisão de Educação Física

Fonte: Arquivo Gustavo Capanema. GC FOTO 837 CPDOC/FGV.