



História, Ciências, Saúde - Manguinhos

ISSN: 0104-5970

hscience@coc.fiocruz.br

Fundação Oswaldo Cruz

Brasil

da Silva Cunha, Vivian

Isolados 'como nós' ou isolados 'entre nós?': a polêmica na Academia Nacional de Medicina sobre o isolamento compulsório dos doentes de lepra

História, Ciências, Saúde - Manguinhos, vol. 17, núm. 4, outubro-diciembre, 2010, pp. 939-954

Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386138051006>

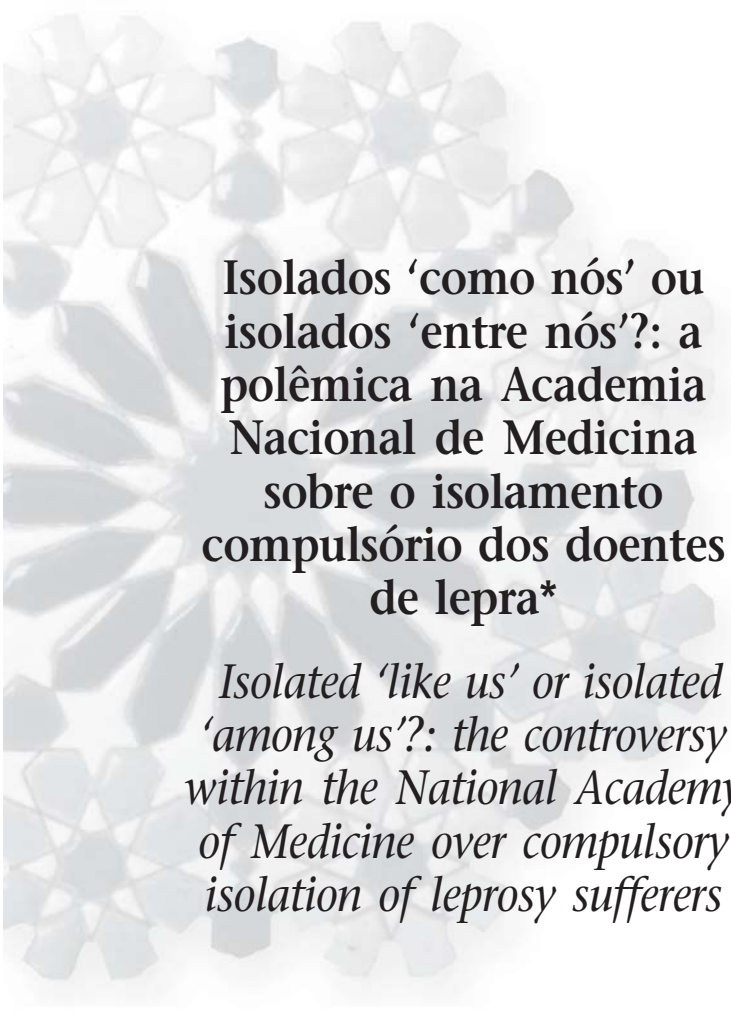
- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



# Isolados 'como nós' ou isolados 'entre nós': a polêmica na Academia Nacional de Medicina sobre o isolamento compulsório dos doentes de lepra\*

*Isolated 'like us' or isolated 'among us': the controversy within the National Academy of Medicine over compulsory isolation of leprosy sufferers*

Vivian da Silva Cunha

Doutoranda do Programa de Pós-graduação em  
História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz/  
Fundação Oswaldo Cruz.  
Rua Ferreira Cantão, 374  
21235-180 – Rio de Janeiro – RJ – Brasil  
vivian.scunha@gmail.com

Recebido para publicação em agosto de 2009.  
Aprovado para publicação em setembro de 2010.

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

## Resumo

Da forma como a lepra era percebida na sociedade brasileira do início do século XX, a segregação dos doentes era vista como o único modo de proteger os sãos. A política praticada pela Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas privilegiava o isolamento em leprosários. Belisário Penna, crítico à atuação desta Inspetoria, defendia que a melhor forma de isolar os doentes seria através da criação de municípios geograficamente distantes dos centros urbanos. Em 1926, instaurou-se uma polêmica entre Penna e Eduardo Rabello, ex-chefe da Inspetoria, sobre esse tema. Essa polêmica se configurou como parte de um debate mais geral sobre a melhor forma de se controlar a lepra, e nos permite entender as mudanças ocorridas na década de 1930 acerca das políticas implementadas contra a doença.

Palavras-chave: lepra; isolamento compulsório; Belisário Penna (1868-1939); Eduardo Rabello (1876-1940); Brasil.

## Abstract

Given Brazilian society's view of leprosy in the early twentieth century, patient segregation was considered the only way to protect the healthy. The policy enforced by the Inspectorship for the Prevention of Leprosy and Venereal Diseases deemed isolation in leprosaria the preferred approach. Belisário Penna criticized the work of the Inspectorship, arguing that the best way to isolate patients would be to create municipalities located a good distance from urban centers. In 1926, Penna came head to head over the subject with Eduardo Rabello, the Inspectorship's former chief. Part of a broader debate on the best way to control leprosy, this controversy sheds light on the changes to leprosy policies introduced in the 1930s.

Keywords: leprosy; compulsory isolation; Belisário Penna (1868-1939); Eduardo Rabello (1876-1940); Brazil.

O artigo tem por objetivo apresentar a polêmica ocorrida entre Belisário Penna (1868-1939) e Eduardo Rabello (1876-1940), em 1926, no âmbito da Academia Nacional de Medicina (ANM), com relação ao tema da lepra. Da forma como a doença era percebida na sociedade brasileira, a segregação dos doentes era definida como o único modo de proteger os sãos. Assim, os modelos propostos por Belisário Penna e Eduardo Rabello para o controle da lepra constituíam variantes de um objetivo único: o isolamento compulsório dos doentes. Essa polêmica se configurou como parte de um debate mais geral que objetivava definir a melhor forma de combater uma doença endêmica em vários estados brasileiros.

No primeiro item, apresentaremos a forma como os médicos conseguiram incluir o tema da lepra em suas agendas de debates, mesmo não sendo prioridade nas discussões do movimento sanitário da década de 1910. Captando o apoio de diversas sociedades médicas, a lepra passou a ser considerada um problema a ser alvo de políticas de controle nacionais, a partir de um discurso que enfatizava seu ‘perigoso’ avanço e as dificuldades em estabelecer sua transmissibilidade e tratamento. A criação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas em 1920 surgiu como resposta a essa nova configuração da lepra como um problema nacional.

O esquema profilático adotado pela Inspetoria foi alvo de diversas críticas. Um dos debates mais emblemáticos ocorreu na ANM, em 1926, entre Belisário Penna e Eduardo Rabello, o que é objeto do segundo item. Rabello, embora não fosse mais o inspetor da lepra, defendia a atuação da Inspetoria, alvo das críticas de Belisário Penna, que não recriminava o isolamento em si, mas a forma como era executado por ela.

No terceiro item apontaremos os principais acontecimentos da década de 1930, entendidos como desdobramentos não só desse debate, mas do avanço dos conhecimentos científicos e do alastramento da doença. Para tanto, verificaremos que a pesquisa leproológica foi incentivada com a criação do Centro Internacional de Leprologia e pela implementação de um plano de combate à lepra em todo o território nacional.

### **A configuração da lepra como um problema nacional: criação da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas (IPLDV)**

Durante o movimento sanitário ocorrido na década de 1910, os médicos lutavam por uma agenda que convocava o Estado a cuidar das chamadas ‘endemias rurais’, entre elas a ancilostomose, a malária e a doença de Chagas. Essa campanha em prol da tomada de consciência da situação sanitária do país e das doenças de sua população se intensificou a partir do movimento nacionalista, generalizado com a Primeira Guerra Mundial. Em 1918, representantes das elites política e intelectual fundaram a Liga Pró-Saneamento, sob a direção de Belisário Penna. Os sanitaristas consideravam a relativa autonomia dos estados como o maior obstáculo à ação coordenada que pretendiam realizar no combate às doenças endêmicas do país. Clamaram pela criação de um Ministério da Saúde Pública, mas em resposta à demanda da comunidade científica, foi criado, em 1920, um Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP).

Paralelamente a esse movimento, sanitaristas e médicos montaram uma campanha que levou à discussão do problema da lepra no Brasil. Embora não estivesse representada entre

as doenças então consideradas como 'problemas nacionais', a reforma promovida pelo Estado nos serviços sanitários, em 1920, permitiu que fosse dedicada à lepra uma inspetoria própria, dividindo espaço apenas com as doenças venéreas e o câncer. Em contrapartida, aquelas doenças que já eram consideradas como grandes problemas nacionais foram alocadas em um serviço técnico, denominado Combate às Endemias Rurais, que compunha a Diretoria de Saneamento Rural (Brasil, 1923, artigos 1487-1579). Quais teriam sido as mudanças ocorridas no final da década de 1910 para que a lepra surgisse como uma das principais doenças a figurar no regulamento sanitário federal de 1920?

Dentre os acontecimentos que influenciaram a criação da IPLDV podemos destacar a atuação da Comissão de Profilaxia da Lepra que esteve reunida entre os anos de 1915 a 1919. Seu objetivo era estabelecer as medidas que deveriam ser implementadas com relação à profilaxia da lepra, àquela altura definida como um grande mal do país. As considerações a que chegaram seus membros tornaram-se a base de um projeto de lei que propunha a criação de uma Inspetoria de Profilaxia da Lepra, como forma de o Estado assumir as responsabilidades pelo tratamento e controle da doença. Até aquele momento, tais ações eram realizadas, em grande parte, por instituições religiosas.

A problemática da lepra passou a figurar também nos encontros científicos realizados nos anos subsequentes. Assim, o I Congresso Médico Paulista (1916) e o VIII Congresso Médico Brasileiro (1918), também representaram espaços para a discussão sobre a lepra e para sua caracterização como um problema de saúde pública. Nesses eventos foram debatidos aspectos relacionados à etiologia, transmissibilidade, distribuição, frequência e profilaxia da doença (Souza-Araújo, 1956, p.166-170).

Cada um desses fóruns ressaltou a necessidade, cada vez mais intensa, de se cuidar do problema da lepra no país. A atenção das sociedades científicas, que destacavam alguns de seus participantes para o estudo de questões específicas da doença, indicava a crescente preocupação da classe médica em discutir sua transmissibilidade e a profilaxia que seria recomendada para seu controle. Frente a isso, esses congressos alertaram as autoridades sobre a urgência em se promover políticas públicas voltadas para o controle e combate a um mal que vinha tomando espantosas proporções.

Nesse sentido, pode-se afirmar que a criação da IPLDV veio como resposta ao movimento médico que pedia "a atenção do governo federal e dos estaduais a fim de que sejam tomadas medidas de profilaxia contra essa moléstia" (Souza-Araújo, 1956, p.208). O mesmo decreto que criou o DNSP criou, também, a IPLDV (Brasil, 1920, art.5º, alínea e).

O regulamento específico da lepra foi elaborado em 1920 por Eduardo Rabello e não apenas criava um órgão central para coordenar e implementar a luta profilática em todo país, como também estabelecia as diretrizes básicas – e muitas vezes minuciosas – que deveriam orientá-la. Dessa forma, o controle da doença assumia um caráter mais coercitivo, permitindo o uso de força policial para conduzir o suspeito à realização dos exames obrigatórios, ou mesmo para assegurar o isolamento compulsório dos doentes, tornando-o a principal medida profilática adotada (Brasil, 1923, art.143, §4).

Por conta das críticas que recebeu, o regulamento sanitário de 1920 sofreu alterações até ser definitivamente adotado em 1923, vigorando por toda Primeira República (Barreto, 1945). Nesse regulamento, o sistema adotado para o controle da lepra consistia em três

ações: notificação obrigatória, como a prescrita para outras doenças infecciosas; exame periódico dos comunicantes<sup>1</sup>, como meio de descobrir novos casos; e isolamento nosocomial em colônias ou mesmo em domicílio, desde que cumprindo uma série de condições (Brasil, 1923, art.133-183). Os doentes e os comunicantes deveriam seguir rigorosamente as prescrições do regulamento e as exigências da autoridade sanitária. Os comunicantes seriam submetidos a exames periódicos, até que fosse comprovado ou descartado o contágio.

O isolamento prescrito no código sanitário poderia ser de dois tipos. O nosocomial – praticado preferencialmente em colônias-agrícolas, admitindo-se também a internação em sanatórios, hospitais e/ou asilos. O isolamento domiciliar só deveria ser consentido para os casos não-contagiantes ou quando as condições financeiras do doente admitissem a adoção das medidas profiláticas consideradas necessárias, de acordo com as autoridades sanitárias. Tal isolamento deveria permitir uma vigilância assídua e rigorosa sobre os doentes.

Mesmo antes da criação da IPLDV já existiam alguns leprosários no país, a maioria deles construídos antes do século XX pela iniciativa privada. Esse foi o caso do Hospital dos Lázaros do Rio de Janeiro, o primeiro do país, fundado em São Cristóvão, em 7 de agosto de 1741, por Gomes Freire de Andrade e por ele mantido até a sua morte em 1763, quando foi assumido pela Irmandade do Santíssimo Sacramento da Candelária (Agrícola, 1960, p.143-155). Exemplificamos no Quadro 1 os leprosários construídos pela iniciativa privada antes da criação da IPLDV; o Quadro 2 nos informa os leprosários inaugurados durante a década de 1920. Podemos perceber que após a criação da Inspetoria, cada vez mais leprosários eram construídos com verba pública, resultado da política que privilegiava a prática do isolamento compulsório dos doentes.

O sistema federativo praticado no Brasil impedia uma atuação direta da União nos estados, tornando-se inevitável a realização de acordos para dar cumprimento ao regulamento sanitário no que dizia respeito à profilaxia da lepra. O estado de São Paulo foi o único que não firmou acordo com a União, promovendo medidas de forma independente daquelas realizadas pelo governo federal. O chamado ‘modelo paulista’ determinou a exclusão de todos os doentes, independente do estágio e de sua forma clínica, distinguindo-se fortemente dos métodos adotados por médicos e autoridades de outros estados (Monteiro, 1995, p.217-230).

Com a criação da IPLDV iniciaram-se também estudos para a instalação de novas colônias para o isolamento dos doentes. Além disso, os medicamentos para o tratamento da doença – como os éteres etílicos do óleo de chaulmoogra – foram prontamente distribuídos. O passo seguinte dado pela Inspetoria foi a realização dos censos leproológicos nesses estados,

**Quadro 1 – Leprosários construídos pela iniciativa privada até a década de 1920**

<b>Leprosário</b>	<b>Localidade</b>	<b>Ano</b>
Hospital dos Lázaros ou Frei Antonio	Rio de Janeiro	1741
Hospital dos Lázaros ou D.Rodrigo de Meneses	Bahia	1787
Asilo São João dos Lázaros	Mato Grosso	1815
Asilo do Gavião	Maranhão	1870
Hospital dos Lázaros de Sabará	Minas Gerais	1883
Hospital dos Lázaros de Recife	Pernambuco	Anterior a 1920

Fonte: Souza-Araújo, 1956, p. 533-597.

**Quadro 2 – Leprosários inaugurados na década de 1920**

<b>Leprosário</b>	<b>Localidade</b>	<b>Ano</b>
Lazarópolis do Prata	Pará	1924
Leprosário São Roque	Paraná	1926
Leprosário Antonio Diogo*	Ceará	1928
Leprosário Santo Ângelo**	São Paulo	1928
Leprosário São Francisco de Assis***	Rio G. do Norte	1929
Hospital Colônia Curupaiti	Distrito Federal	1929

\* Construído pela iniciativa privada.

\*\* Construído exclusivamente com verbas estaduais, sem o auxílio federal.

\*\*\* Construído pela iniciativa privada contando com o auxílio estadual.

Fonte: Souza-Araújo, 1956, p.533-597.

com um estudo clínico e epidemiológico dos casos encontrados. Em 1926, Eduardo Rabello, chefe da Inspetoria de Profilaxia da Lepra e das Doenças Venéreas, indicava que o recenseamento realizado por esse órgão nos estados brasileiros (com exceção do estado de Minas Gerais) apontava para um total de 11 mil doentes no país (Rabello, 1926, p.263-291). A dimensão deste problema era motivo de polêmicas entre médicos e sanitaristas. Neste mesmo ano, Belisário Penna, sempre crítico à atuação dessa Inspetoria, calculava a existência de mais de 33 mil leprosos (Souza-Araújo, 1956, p.414-418). Menos de uma década depois, o leprologista Souza-Araújo assumia que o problema era bem maior, em torno dos cinquenta mil casos em todo o território (Souza-Araújo, 2 fev. 1935).

Essa discrepância em relação ao número exato de doentes devia-se ao fato de ser a lepra uma doença facilmente confundida com outras dermatoses, o que poderia aumentar o número de casos conhecidos ou, ao contrário, encobrir alguns pacientes em falsos diagnósticos. Além disso, e principalmente, essa doença estava cercada por uma 'retórica do exagero', uma estratégia comum entre os médicos – em especial os colombianos, estudados pela historiadora Diana Obregón – que consistia em exacerbar os perigos da lepra, exagerando os números da doença, de modo que sua medicalização fosse aceita pela sociedade (Obregón Torres, 2002, p.180-184). Mas essa estratégia não esteve limitada à Colômbia: tanto o Brasil como o Japão sofreram com essa retórica, que salientavam que o país estivesse se tornando um 'país leproso' (Souza-Araújo, 1956, p.177).

O fato é que esses diagnósticos, exagerados ou não, junto ao temor social que a doença provocava, tornavam evidente a demanda por cuidados e respostas por parte do Estado. E a preocupação imediata estava em qual seria a melhor solução para o problema da lepra no país. A legislação brasileira, embora de acordo com o que se recomendava internacionalmente, em especial a necessidade de isolar os doentes, não era posta em prática fielmente durante os primeiros anos de atuação da Inspetoria (Scheidt, 1970, p.85-96). A falta de verbas não permitia a realização do isolamento em leprosários – ainda em número reduzido frente ao censo até então estabelecido. Já o isolamento domiciliar dependia muito das condições financeiras do doente e da vigilância assídua que a Inspetoria determinava para tais casos.<sup>2</sup> Esse esquema profilático adotado foi alvo de críticas por parte de diversos médicos, sanitaristas e políticos, que promoveram debates através de artigos ou em assembléias científicas. Um dos mais emblemáticos foi o ocorrido na ANM entre Belisário Penna e Eduardo Rabello, como veremos a seguir.

### **A polêmica entre Belisário Penna e Eduardo Rabello na Academia Nacional de Medicina (1926)**

Um dos temas mais discutidos entre os especialistas era o modo de transmissão da doença. A hereditariedade não era totalmente descartada, mas os maiores debates ocorreram entre representantes da teoria do contágio direto e da teoria da transmissão por vetores. No Brasil, esta última era liderada pelo cientista Adolpho Lutz, que defendeu a transmissão da doença pelo mosquito até a década de 1940 (Benchimol, Sá, 2003, p.49-93). Os debates sobre estas questões científicas, alguns bastante acalorados, ocorriam principalmente nas reuniões da ANM.

Em 1926, uma outra controvérsia se sobrepôs às discussões sobre as teorias de transmissão: a polêmica entre Belisário Penna e Eduardo Rabello, sobre o isolamento dos doentes praticado pela IPLDV. O primeiro havia defendido as questões do saneamento rural durante a década de 1910, chegando inclusive a lançar um livro contendo as principais bases do movimento sanitaria, publicado após as viagens científicas promovidas pelo Instituto Oswaldo Cruz (Penna, 1918). Em seguida, dedicou-se a escrever artigos sobre a ignorância, o alcoolismo, as verminoses, a malária, temas que considerava como os ‘grandes males’ da sociedade.

Até o final da década de 1910, Penna não havia incluído em seus trabalhos nenhuma referência ao problema da lepra no país. Em 1920, após a criação do DNSP, assumiu a direção do Serviço de Profilaxia Rural, onde teve a oportunidade de conhecer a dimensão do problema da lepra nos estados brasileiros. Ao final de 1922, após demitir-se do posto por discordâncias na orientação do Departamento, dedicou-se ao tema, escrevendo durante oito meses uma série de artigos em *O Jornal*. Nesses artigos, defendia a criação de um município para segregar todos os leprosos do país. Considerava a lepra o problema sanitário mais grave do Brasil e, para ele, somente com providências rigorosas seria possível socorrer as vítimas do “descaso criminoso dos poderes públicos” (Penna, s.d.-a).

Do outro lado do debate, estava Eduardo Rabello, um importante dermatologista, que atuou junto ao poder público, ocupando a chefia da IPLDV durante os anos de 1920 a 1926. Neste ano, foi substituído por Oscar da Silva Araújo, que permaneceu no cargo até a extinção da mesma. Rabello teve um papel muito importante também na instalação da Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD), em 4 de fevereiro de 1912, compondo sua Comissão Organizadora, ao lado de Fernando Terra e Werneck Machado.<sup>3</sup> Em 1915, foi nomeado substituto da cátedra ocupada por Terra na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, e em 1925, com a aposentadoria deste, sucedeu-o tanto na presidência da SBD, como na titularidade da cátedra de doenças de pele e sífilis da Faculdade de Medicina, da qual, anos mais tarde, seria diretor. O médico permaneceu na presidência da SBD por 15 anos ininterruptos, até sua morte, em 1940, quando foi sucedido por Oscar da Silva Araújo (Carneiro, 2002, p.61-66). Rabello foi o detentor de uma posição institucional extraordinária, concentrando em suas mãos, em 1925, os poderes relacionados à cátedra de dermatologia e sifilografia, à direção nacional da luta contra a lepra e as doenças venéreas, e à SBD.

Como se pode verificar, Rabello esteve envolvido diretamente com os problemas enfrentados pela Inspetoria e com a atuação de uma sociedade de dermatologia que tinha,

também, interesses científicos em relação à lepra. Diante de tal posição, Rabello defendia o isolamento dos doentes em leprosários, como forma de evitar o contágio da doença. Com a escassez das verbas e a consequente falta de instituições em número suficiente para abrigar os doentes, a Inspetoria viu-se obrigada a aceitar também o isolamento domiciliar. Métodos mais brandos empregados na legislação seguiam a recomendação das Conferências Internacionais de Lepra realizadas até então.

A polêmica entre Penna e Rabello teve como estopim a publicação de um artigo do primeiro criticando a atuação do Estado na solução do problema da lepra, nos 36 anos de existência da República brasileira (Penna, 1926). Desacreditando o sistema de isolamento praticado pela IPLDV e o uso do chaulmoogra como agente terapêutico no caso da lepra, Penna realizou cálculos sobre a existência de leproso no país e sua progressão até a década de 1940.

Levando em consideração “dados adquiridos em toda parte”, Belisário Penna (1926, p.22) calculou existirem 33.868 leproso no país em 1926. Seus argumentos, baseados no caráter endêmico da lepra, estimavam que a progressão da doença corresponderia ao dobro do primeiro ano, a cada período de quatro anos. Desse total, diminuiria 60%, que corresponderia ao número de falecidos. Ou seja, o total de leproso vivos aumentaria 40% a cada quadriênio. Assim, da mesma forma que realizava cálculos em relação ao passado, poderia prever a situação da doença nos quadriênios futuros, “com muita aproximação da verdade”, segundo ele (p.22). Sua projeção apontava para 47.415 leproso em 1930; para 1946, esse número já ultrapassaria cento e oitenta mil doentes – o que seria uma situação desastrosa (p.23).

A explicação de Penna para dados tão alarmantes seria o descaso do poder público, que não praticava ‘nada de eficiente’ contra o avanço da doença. Ao final do artigo publicado na revista *Eu sei tudo*, Penna comenta que embora tratasse do assunto há quatro meses, nenhuma ‘voz autorizada’ teria aparecido para contestar seus cálculos ou alterá-los. “Esse silêncio em torno de um assunto vital da nação significa: ou aquiescência, ou falta de meios para os destruir ou atenuar, ou, o que é talvez o caso, completa indiferença ou insensibilidade característica da doença moral de que se acha atacada a nação brasileira” (1926, p.23). Em junho de 1926, logo após a publicação desse artigo, a ‘voz autorizada’ apareceu personificada em Eduardo Rabello (Souza-Araújo, 1956, p. 414-418).

Na defesa de suas ideias, Penna apresentou estudos sobre a doença de forma a desqualificar o papel dos leprosários, questionando sua eficácia (Penna, s.d.-b). Corroborando sua crítica aos leprosários, denunciou a existência de leproso soltos ‘por toda a parte’, inclusive na Capital Federal, onde a atuação da IPLDV deveria ser mais eficiente. Chega inclusive a afirmar que

A lepra não é doença dos países civilizados, nem dos selvagens. Entre os selvagens não há lepra. Ela é característica e simbólica dos países em estado de semi-civilização. Ora, o Brasil tem a pretensão de ser um país civilizado e grita todo dia, e faz barulho na Liga das Nações. Precisa, portanto, mostrar que o é de fato ... Não precisamos sair da Capital para encontrarmos leproso por toda a parte. Vi um leproso ... tomando banho no Posto 6 de Copacabana, no meio de toda gente, e todos se acomodavam ... Não é possível continuarmos assim, torna-se necessário pôr uma barreira a essa avalanche que vai dominando todo o país (citado por Souza-Araújo, 1956, p.417).

Penna também não concordava com a insistência dos leprólogos em utilizar o chalmoogra como terapêutica específica para a doença (Penna, s.d.-c). Para a IPLDV, o tratamento era considerado como fator de extrema importância para o controle da lepra, já que permitia pensar na cura do indivíduo e sua consequente saída do leprosário. O pensamento médico daquele momento considerava que o desaparecimento das lesões infectantes, promovido pelo óleo de chalmoogra, tornava o contágio extremamente difícil (Silva, 1926, p.17-28; Pupo, 1926, p.1-9; Dumas, Souza, Siani, 2008, p.29-47). Neste estágio seria possível atestar a cura clínica do paciente, que deveria receber alta do leprosário, mas permaneceria realizando exames para verificar a ocorrência ou não de recaídas (Pupo, 1926, p.1-9).

Diante do estágio do conhecimento científico de então, Penna afirmava que o único meio seguro para evitar a propagação da lepra seria através da retirada dos doentes da sociedade em que viviam. As soluções oficiais empregadas para essa segregação na década de 1920 eram aquelas realizadas em hospitais ou em pequenas colônias. Sobre a internação em hospital, Penna acreditava ser uma ‘prisão intolerável’, visto ser a lepra uma doença crônica e de evolução lenta. Já as colônias, embora reunissem algumas preocupações de Penna – como a sensação de liberdade e a possibilidade de trabalhar na agricultura ou na manufatura, por exemplo – seriam ineficientes para o caso brasileiro por conta do grande número de doentes.

Para seguir o modelo institucional determinado pela IPLDV, o Estado precisaria construir e manter um número maior de colônias para abrigar todos os doentes do país. Mas era evidente que, por conta de dificuldades financeiras, o Brasil não estaria em condições de manter hospitais, asilos ou colônias em cada estado, em todos os estados, em quantidade suficiente para abrigar toda a população leprosa estimada. Por conta disso, a IPLDV também permitia o isolamento domiciliar, em casos determinados pela autoridade sanitária, mas sobre esse tipo de isolamento Penna se mostrou ainda mais crítico. Para ele, as frases presentes na legislação ‘quando possível’, ‘quanto possível’ e ‘a juízo da autoridade sanitária’, seriam portas abertas para concessões e transigências (Penna, s.d.-d).

De posse de todos esses argumentos, Penna apresentou aquilo que, em sua opinião, seria a solução para o problema da lepra:

Tive a ideia da formação em vez de colônias, de um ou dois municípios, com extensão territorial mais ou menos igual a do Distrito Federal, onde se poderia localizar a maioria dos leprosos existentes no país ... de todas as classes sociais. Seria uma cidade com todo o conforto e higiene, possuindo todos os elementos de diversão e distração, onde os próprios leprosos, remediados ou ricos, construiriam as suas casas em terrenos cedidos pelo Governo, administrariam o município, elegeriam a sua Câmara Municipal, fariam a sua política tanto a gosto dos brasileiros e viveriam contentes e satisfeitos. Teriam juizes de paz, coletores, enfim, toda a organização de um município (Citado por Souza-Araújo, 1956, p.417).

Para ele, a solução que se ajustaria às condições dos cofres públicos seria a construção de municípios, denominados Município da Redenção ou Município dos Lázaros – lugares em que os doentes viveriam livremente, sendo responsáveis por suas questões políticas, econômicas e administrativas. Esse mundo, embora parecido com os demais municípios do país, seria totalmente separado, não sendo permitido o contato dos doentes com as pessoas saudáveis. Em correspondência ao Presidente Getúlio Vargas, Penna indicou a

possibilidade de se captar recursos para a organização desses municípios e para despesas com instrução, educação e combate às doenças prevalentes no Brasil, através de um imposto, denominado 'taxa da saúde' que seria cobrado com a venda de bebidas alcoólicas. Tal imposto nunca foi posto em prática (Penna, 1931).

O isolamento insular foi pela primeira vez apresentado por Oswaldo Cruz no relatório referente ao ano de 1904, encaminhado ao Ministro da Justiça e Negócios Interiores, J. J. Seabra. Na parte referente à lepra, Oswaldo Cruz indicava a necessidade de medidas urgentes para 'uma moléstia que está alastrando-se pela cidade' (1905, p.67). O isolamento em hospitais era desaconselhado, visto ser uma doença crônica e de longa duração. O ideal seria a 'sequestração'<sup>4</sup> do doente e seu internamento em 'colônias para leprosos', onde eles pudessem trabalhar e receber o tratamento apropriado, indicando a Ilha Grande como local para dar início ao isolamento dos doentes. O isolamento geográfico de uma ilha facilitaria a vigilância, impedindo ou dificultando as fugas. Esta proposta recebeu uma moção apresentada por três médicos paulistas, Ulysses Paranhos, Alberto Seabra e Adolpho Lindenberg ao 6º Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia, realizado em São Paulo, em 1907.

Oswaldo Cruz só voltou ao tema do isolamento insular dos leprosos em 1913, quatro anos depois de deixar a direção da saúde pública. Em uma entrevista concedida ao jornal *O Imparcial*, apresentou um projeto para isolar os doentes em uma colônia agropecuária, a ser estabelecida na Ilha Grande (Cruz, jul. 1913).<sup>5</sup>

O Município da Redenção, proposto por Penna, tinha raízes no plano traçado por Oswaldo Cruz, em 1913. Através dos artigos publicados a partir de 1922, Penna deu novo vigor à ideia do isolamento dos doentes em ilhas, recuperando grande parte do discurso de seu declarado mestre. Inclusive a localização do município: ambos, Oswaldo Cruz e Belisário Penna, sugeriram a Ilha Grande. Lá já existiam algumas instalações construídas para abrigar um grande hospital de isolamento – o Lazareto da Ilha Grande –, destinado às operações sanitárias realizadas nos navios que chegavam ao porto do Rio de Janeiro.

Além dessas instalações, outras seriam construídas a fim de proporcionar conforto aos doentes e a sensação de estarem em um município igual a tantos outros do país. O intuito de Penna era reproduzir as condições da vida social no município lázaro, com os mesmos serviços, as mesmas oportunidades de trabalho, as mesmas condições de moradia e, além, é claro, das instalações hospitalares necessárias aos doentes. Dessa forma, os internos não sentiriam necessidade de ir à capital ou a qualquer outra cidade. O objetivo maior não estava somente no bem estar do doente, mas, associado a isso e de forma muito mais importante, a preocupação com a preservação da saúde do restante da população sadia.

Em um artigo específico sobre o Município dos Lázaros, Penna apresentou como deveria ser construída a cidade da redenção:

com todo o conforto higiênico – calçamento, iluminação à luz elétrica, água canalizada e esgotos, com bairros para ricos, remediados e pobres, praças e jardins, obedecendo às habitações e regulamentos de construção e de higiene.

Aí se construirão asilos para os inválidos, hospital, escolas, edifícios da municipalidade, do fórum e da política, da saúde pública, biblioteca, cine-teatro, campos de tênis e futebol, telégrafo e correios (Penna, s.d.-e).

Em resposta à conferência pronunciada por Penna na ANM, Rabello se posicionou contra a criação desse município, devido principalmente ao fracasso de tais ideias, que já haviam sido postas em prática em outros países, como no Havaí (Souza-Araújo, 1956, p.423-428). Quando teve início o isolamento total dos doentes desse país, na ilha Molokai, esse modelo parecia ser o ideal para a solução do problema da lepra, mas acabou tornando-se um grande fracasso: embora o número de doentes isolados não aumentasse, novos casos de lepra continuavam a aparecer no Havaí (Torres, 2002; Tronca, 2000). O tratamento baseado no isolamento compulsório em uma ilha não garantiu, portanto, a diminuição do número de doentes. A solução encontrada, no caso havaiano, foi voltar aos meios brandos de controle, permitindo inclusive o isolamento domiciliar.

Além disso, a opção pela segregação em um ou dois municípios, em ilhas ou território, não parecia ao ex-inspetor da IPLDV uma solução viável. Como conseguir impor aos doentes que todos deveriam seguir para um município, longe de tudo e de todos, onde ficariam isolados do restante da sociedade, pelo resto de suas vidas? Como garantir que cumpririam esse isolamento, senão com o auxílio de força policial? Rabello indicava o quanto era difícil convencer o doente da necessidade de seu isolamento e, mais ainda, de se fazê-lo cumprir.

A orientação que o programa da IPLDV procurava seguir baseava-se no isolamento dos doentes em leprosários ou em domicílio, com a 'liberdade de escolha' por parte do doente, desde que seguidas as recomendações da autoridade sanitária (Brasil, 1923, art.145). O isolamento em domicílio era permitido principalmente aos doentes de formas não-contagiantes, quando fosse possível uma vigilância rigorosa e assídua e nos casos em que o doente pudesse cumprir as exigências contidas na legislação em vigor (Brasil, 1923, art.156). As despesas com esse tipo de isolamento eram de responsabilidade do doente ou seus familiares, o que inviabilizava aos mais pobres o mesmo benefício (Brasil, 1923, art.157, parágrafo único).

Em regra geral, o isolamento domiciliar ditava a separação do doente em um quarto, devidamente asseado e evitando-se o acesso de outras pessoas. Os objetos de uso pessoal deveriam ser separados do restante dos moradores da casa. O doente deveria ser mantido rigorosamente isolado em seu aposento, afastado principalmente das crianças, tendo suas lesões sempre limpas e cobertas e sendo protegido contra moscas e mosquitos, já que estes ainda não eram descartados como possíveis transmissores da lepra (Brasil, 1923, art.156-168). A família do doente também deveria cumprir uma série de regras, entre elas: não manter contato com o doente, não permitir visitas ao mesmo e realizar exames periódicos para verificar se estavam contaminados (Brasil, 1923, art.162).

Esse tipo de orientação para a profilaxia da lepra foi alvo de críticas de vários médicos durante muitos anos. Para respondê-las, Rabello indicou que enquanto não fossem construídos os leprosários necessários à completa profilaxia da lepra, seriam postas em execução as medidas possíveis de vigilância e isolamento domiciliar (Souza-Araújo, 1956, p.423-428): "A razão do dispositivo é muito simples. A lei adotou o isolamento domiciliar e o nosocomial e, como sanção às faltas decorrentes de não cumprimento desse isolamento, a remoção dos doentes para o leprosário. Agora, não poderíamos impor essa sanção, pela falta de leprosários. E só por isso, não temos uma luta bastante eficiente ainda em relação à lepra" (Rabello, citado por Souza-Araújo, 1956, p.423).

Embora o Governo já tivesse dado início à construção dessas instituições em regiões consideradas como focos da endemia, como o Lazarópolis do Prata, no Pará, Rabello confirmava que a falta de leprosários dificultava a prática do isolamento nosocomial, como determinava a legislação. Isso sem falar em São Paulo que, embora realizasse uma política autônoma em relação ao Governo Federal, tinha o leprosário de Santo Ângelo e já estudava a possibilidade de construir outros em regiões também consideradas focos da doença no Estado. Rabello afirmou, ainda, que embora a Inspetoria empreendesse muitos esforços na solução do problema da lepra, a verba destinada à IPLDV também era gasta com o grave problema da sífilis (Rabello, 1920).

Para amenizar os possíveis problemas de rompimento familiar e social causados pela compulsoriedade do isolamento, a legislação procurava construir leprosários, tanto quanto possível, junto às localidades de maior incidência da doença, de forma a permitir que o doente ficasse relativamente próximo à sua família (Brasil, 1923, art.139, §2º). Rabello defendia a construção de colônias-agrícolas como instituições mais apropriadas, pois atendiam a várias exigências: o campo, o espaço rural, o lugar tranquilo, arejado, sem poluição e, principalmente, longe dos centros urbanos, evitando despertar a sensação de medo ou insegurança na coletividade.

Com o objetivo de conhecer o total de doentes existentes no país e as regiões mais atingidas, a IPLDV realizava os censos leproológicos. Acreditava-se que com isso seria possível montar um perfil que permitisse verificar a eficácia da profilaxia utilizada e estudar a possibilidade de construção de novos leprosários. Embora fossem ferramentas muito úteis, as dificuldades que os serviços dessa natureza apresentavam não tinham permitido, ainda, organizar uma estatística completa e definitiva para o caso da lepra. Essas dificuldades eram majoradas pela extensão do território nacional e pela deficiência das vias de comunicação.

É interessante notar que, embora no artigo de 1926 Penna tenha interpretado a falta de contestação de seus cálculos como uma espécie de aceitação dos mesmos, quando foi interpelado na ANM, ele praticamente não defendeu seus resultados numéricos. Simplesmente afirmou ser 'apenas um cálculo', o que por certo corroborou para que suas estatísticas fossem desacreditadas, já que não se apoiavam em nenhum critério cientificamente estabelecido.

Rabello – Como chegou S. Exa. a esse resultado?

Penna – Foi apenas um cálculo.

Rabello – Foi um cálculo de onde se tirou uma comparação para o nosso coeficiente atual. Logo, é um cálculo importante. Mas de onde S. Ex<sup>a</sup>. tirou esse cálculo?

Penna – Eu partia de 33.500 doentes e, assim como fazia o cálculo para daqui a 20 anos o fazia para 30 anos atrás.

Rabello – Confesso que eu não poderia prever que fosse assim. Mas é uma questão muito séria, pois entende justamente com o nosso índice. ... São afirmações que não se fazem por essa forma. Isso se pode escrever num jornal leigo, mas não pode ser sustentado aqui numa assembléia científica (Souza-Araújo, 1956, p.423-424).

O debate promovido no âmbito da ANM trouxe à tona questões muito importantes sobre o cuidado empregado aos portadores de uma doença considerada como a 'filha mais

velha da morte' (Cruz, jul. 1913). A principal intenção era determinar qual o tipo ideal de estabelecimento para o isolamento dos doentes, de acordo com os mais atualizados conhecimentos científicos e, principalmente, considerando as especificidades do caso brasileiro.

Os leprosários construídos pela IPLDV tinham como característica principal a localização em uma região fora dos centros urbanos, embora deveriam estar sempre próximos a eles. Sua população levaria uma vida cercada pelos muros do leprosário, num local aparentemente livre, mas que na verdade encontrava-se retida para o controle de sua doença. No interior desses muros, os doentes gozariam de livre trânsito, levando uma vida aparentemente normal.

No Município da Redenção, proposto por Penna, os doentes viveriam em suas novas casas, convivendo apenas com pessoas iguais, ou seja, leprosos. Embora vivessem livres, essa liberdade estaria restrita aos limites desse município e por nada deveriam ultrapassá-los. Poderiam ter profissões, casarem-se, mas sempre seguindo as regras da localidade em que viviam, estipuladas pelas autoridades sanitárias. Esses municípios seriam em número reduzido e teriam uma localização centralizada de modo que fossem encaminhados para lá os doentes de todo o país.

Comparando o isolamento dos doentes nas instituições previstas em lei com a segregação proposta por Penna, que pretendia colocar todos os doentes em um único município, verificamos que se trata de variantes de um mesmo modelo. Possuíam as mesmas características, a mesma estrutura, porém em escalas diferentes. Em quaisquer dos casos, o isolamento era apontado, segundo as respectivas 'verdades científicas', como a alternativa viável e mais adequada para enfrentar a lepra. Os doentes isolados nos asilos-colônias ou nos municípios emergiriam no cotidiano e na disciplina dessas instituições, independente de suas vontades. O objetivo, afinal, era separar os indivíduos doentes dos sãos, protegendo principalmente os últimos.

Belisário Penna defendia a ideia de que os doentes deveriam viver 'como' nós, mas isolados; ao contrário de Eduardo Rabello que acreditava que o melhor a fazer era manter os doentes 'entre' nós, isolados. Tais nuances eram o diferencial das medidas isolacionistas propostas por ambos.

Embora os modelos pudessem causar – e certamente causavam – constrangimentos e transtornos aos doentes e seus familiares, a ideia da construção de colônias-agrícolas acabou ganhando um novo vigor e continuou sendo aceita como modelo principal para o isolamento. Na década de 1930, um projeto empreendido pelo Governo Federal permitiu a construção de uma série de estabelecimentos voltados exclusivamente para o isolamento dos doentes de lepra. Esses leprosários foram distribuídos pelo país, visando atender a demanda das regiões mais atingidas pela doença.

### **O combate à lepra nos anos 1930: o plano nacional de combate à lepra**

A década de 1930 trouxe mudanças importantes acerca das políticas públicas implementadas em relação à doença. A reforma administrativa do período implicava, teoricamente, no aumento da capacidade reguladora do Governo Federal sobre todas as

esferas da política. Durante o Governo Provisório (1930-1934), as estruturas de combate à lepra não foram modificadas, e até o DNSP foi mantido na sua antiga estruturação, ou seja, com o mesmo regulamento sanitário da década de 1920. O fato é que, diferentemente do que ocorreu na Primeira República, houve uma tentativa de regularizar os auxílios financeiros fornecidos pelo governo federal aos estados, destinados ao problema da lepra. Notamos, inclusive, um crescimento anual desses recursos e uma preocupação em auxiliar um número cada vez maior de estados.

O ano de 1934 trouxe novidades administrativas para a saúde pública. Washington Pires, Ministro da Educação e Saúde Pública (MESP), implementou uma reforma nos serviços federais de saúde, que extinguiu tanto o DNSP quanto a IPLDV, único órgão federal responsável pela coordenação do combate à lepra no país. Suas atividades foram pulverizadas, sendo transferidas para a responsabilidade dos estados. Assim, tais ações perdiam a uniformidade e tendiam a enfraquecer diante da intensa burocratização da estrutura administrativa do Governo Vargas.

Em contrapartida, a pesquisa científica direcionada para a lepra ganhou um impulso com a criação, em 20 de abril de 1934, do Centro Internacional de Leprologia (CIL).<sup>6</sup> Resultado de um acordo entre o Governo Brasileiro e a Liga das Nações, o CIL contou com o apoio financeiro de Guilherme Guinle, e teve Carlos Chagas como seu primeiro diretor, sendo sucedido, logo após sua morte, em 1934, por Eduardo Rabello. Dentre suas principais atividades técnicas, podemos citar a realização de um inquérito epidemiológico no Rio de Janeiro, onde estava localizado; o estudo sobre a ação dos ácidos isolados do chaulmoogra e pesquisas bacteriológicas e imunológicas. Além disso, o CIL, em cooperação com a Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, o Instituto Oswaldo Cruz e o Departamento Nacional de Saúde, ofereceu cursos de especialização nos anos de 1936 a 1938 (Barreto, 1938, p.245-261). O Centro encerrou suas atividades em junho de 1939.

Quando Gustavo Capanema assumiu o MESP, em 1934, foi possível uma maior estabilidade na política de saúde pública. Os leprosários existentes – cerca de 20 unidades, incluindo os pequenos asilos – ainda eram considerados reduzidos diante da imensa massa de doentes: mais de 30 mil, segundo estimativas oficiais (Barreto, 1935, p.119-130). Esse total evidenciou a necessidade de um combate mais sistemático, e indicou a falta de hospitais especializados para o recolhimento dos leprosos. Além disso, já não existia a IPLDV e nem mesmo um plano de ação que permitisse uma atuação governamental mais direta e específica.

Diante desse quadro, viu-se a necessidade de elaborar um plano de âmbito nacional para o enfrentamento da doença. Para tanto, Capanema sugeriu, em 1935, que o diretor Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, João de Barros Barreto, formulasse um plano para o controle dos doentes no país (Barreto, 1935, p.119-130). Em colaboração com Ernani Agrícola (diretor dos Serviços Sanitários nos Estados) e Joaquim Motta (assistente da Seção Técnica Geral de Saúde Pública), Barros Barreto elaborou um plano de âmbito nacional para enfrentar a doença, na tentativa de retomar a centralidade perdida com a reforma anterior, levando o combate à lepra novamente para alçada federal.

O plano nacional de combate à lepra visava, inicialmente, dotar todo o país com instituições já anteriormente consideradas fundamentais ao controle da doença, tendo sido iniciado ainda em 1935 (Barreto, 1935, p.119-130; 1937, p.131-146). Apesar de ser

orientado pelo governo federal, deveria ser implementado em cooperação com os estados, através de acordos com a União. A maioria dos estabelecimentos construídos a partir desse plano só começou a funcionar na década de 1940, quando já estava em atuação o Serviço Nacional de Lepra, criado em 1941. A política de profilaxia elaborada por esse Serviço, denominada ‘tripé’<sup>7</sup>, continuou valorizando a construção dos leprosários (Maciel, 2007). Dessa forma, não podemos negar que foi notável o crescimento dos recursos federais destinados à construção e manutenção de leprosários, consolidando, assim, a política defendida por Eduardo Rabello na polêmica instaurada na ANM.

## NOTAS

\* Este artigo é parte da minha dissertação, defendida no Programa de Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz, em 2005 (Cunha, 2005).

<sup>1</sup> Para os especialistas, eram considerados ‘comunicantes’ todos que mantiveram contato com o leproso.

<sup>2</sup> Em 1926, Rabello indicava não haver nenhum doente em isolamento domiciliar (citado por Souza-Araújo, 1956, p.421).

<sup>3</sup> Rabello também participou da redação final do estatuto da Sociedade ao lado de outros especialistas. Fernando Terra foi eleito o primeiro presidente, ficando para Rabello o cargo de secretário geral.

<sup>4</sup> O sentido da palavra ‘sequestração’ está relacionado ao ato de retirar e isolar o doente do meio social sadio, mesmo que para isso fosse necessário utilizar a força policial.

<sup>5</sup> Nessa entrevista, Oswaldo Cruz apresentou como ele entendia que deveria ser construída a colônia para leprosos. Seria uma cidade de tamanho reduzido, mas autônoma. Teria escolas, oficinas, biblioteca, casas de comércio, fábricas, casas de diversão, clubes, hospitais e asilos. Além disso, a colônia poderia manter-se através da agricultura, da indústria pastoril, do comércio e da indústria fabril – atividades que seriam desenvolvidas pelos próprios enfermos e para eles mesmos (Cruz, 1913).

<sup>6</sup> O Centro Internacional de Leprologia constitui o objeto de pesquisa no doutorado que estou cursando no Programa de Pós-graduação em História das Ciências e da Saúde da Casa de Oswaldo Cruz/Fundação Oswaldo Cruz.

<sup>7</sup> A política denominada ‘tripé’ estava apoiada na construção e manutenção de preventórios (para os filhos sadios dos doentes), dispensários (para o exame dos comunicantes) e leprosários (para o internamento e tratamento dos doentes).

## REFERÊNCIAS

AGRÍCOLA, Ernani.

A lepra no Brasil: resumo histórico. *Boletim do Serviço Nacional de Lepra*, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.143-155. 1960.

BARRETO, João de Barros.

*O Departamento Nacional de Saúde Pública em 1944*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional. 1945.

BARRETO, João de Barros.

Organização moderna da luta contra a lepra: a campanha no Brasil. *Arquivos de Higiene*, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.245-261. 1938.

BARRETO, João de Barros.

Problemas nacionais: lepra. *Arquivos de Higiene*, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.131-146. 1937.

BARRETO, João de Barros.

Problemas Nacionais: I – lepra. *Arquivos de Higiene*, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.119-130. 1935.

BENCHIMOL, Jaime e SÁ, Magali Romero.

Adolpho Lutz and controversies over transmission of leprosy by mosquitoes. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.10, supl.1, p.49-93. 2003.

BRASIL.

Decreto nº 16.300, de 31 de dezembro de 1923. Aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=44163>. Acesso em: 17 ago. 2009. 1923.

- BRASIL.  
Decreto nº 3.987, de 2 de janeiro de 1920.  
Reorganiza os serviços da Saúde Pública.  
Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=48173>.  
Acesso em: 17 ago. 2009. 1920.
- CARNEIRO, Glauco.  
*História da dermatologia no Brasil*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Dermatologia. 2002.
- CRUZ, Oswaldo.  
Uma questão de hygiene social: lepra. O *Imparcial*, Rio de Janeiro, n.211, p.2. jul. 1913.
- CRUZ, Oswaldo.  
*Relatório apresentado ao Exmo. Sr. Dr. J. J. Seabra, Ministro da Justiça e Negócios Interiores*. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional. 1905.
- CUNHA, Vívian da Silva.  
*O isolamento compulsório em questão: políticas de combate à lepra no Brasil (1920-1940)*. Dissertação (Mestrado) – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, Rio de Janeiro. 2005.
- DUMAS, Fernando Sergio; SOUZA, Letícia Pumar Alves de; SIANI, Antonio Carlos.  
O óleo de chaulmoogra como conhecimento científico: a construção de uma terapêutica antileprotica. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.29-47. 2008.
- MACIEL, Laurinda Rosa.  
*Em proveito dos sãos, perde o lázaro a liberdade: uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil (1941-1962)*. Tese (Doutorado) – Departamento de História, Universidade Federal Fluminense, Niterói. 2007.
- MONTEIRO, Yara Nogueira.  
*Da maldição divina à exclusão social: um estudo da hanseníase em São Paulo*. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo. 1995.
- OBREGÓN TORRES, Diana.  
*Batallas contra la lepra: estado, medicina y ciencia en Colombia*. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT. 2002.
- PENNA, Belisário.  
Correspondência ao Presidente Getúlio Vargas, 02 de Junho de 1931. *Fundo Pessoal Belisário Penna*, Série Trajetória Profissional, BP/TP/19141140. (Departamento de Arquivo e Documentação – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz). 1931.
- PENNA, Belisário.  
36 anos de lepra. *Eu sei tudo*, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.21-23. 1926.
- PENNA, Belisário.  
*O saneamento do Brasil*. Rio de Janeiro: Revista dos Tribunais. 1918.
- PENNA, Belisário.  
[Artigo em 'O Jornal']. *Fundo Belisário Penna*, série Produção Intelectual, subsérie Trabalhos Intelectuais. BP/PI/TP/90002040-35. (Departamento de Arquivo e Documentação – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz). s.d.-a.
- PENNA, Belisário.  
O problema da lepra: recapitulando XIX. *Fundo Pessoal Belisário Penna*, série Produção Intelectual, subsérie Trabalhos Próprios, BP/PI/TP/90002040-1. (Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz). s.d.-b.
- PENNA, Belisário.  
A lepra e a República. *Fundo Pessoal Belisário Penna*, Série Produção Intelectual, Subsérie Trabalhos Próprios, BP/PI/TP/90002040-11. (Departamento de Arquivo e Documentação – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz). s.d.-c.
- PENNA, Belisário.  
O problema brasileiro da lepra. *Fundo Pessoal Belisário Penna*, Série Produção Intelectual, Subsérie Trabalhos Próprios, BP/PI/TP/90002040-34(B). (Departamento de Arquivo e Documentação – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz). s.d.-d.
- PENNA, Belisário.  
Problema brasileiro da lepra: o município da Redenção. *Fundo Pessoal Belisário Penna*, série Produção Intelectual, subsérie Trabalhos Intelectuais. BP/PI/TP/19310519. (Departamento de Arquivo e Documentação – Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz). s.d.-e.
- PUPO, J. Aguiar.  
O óleo de chaulmoogra e as flacourtiaceas do Brasil. *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*, Rio de Janeiro, v.2, n.3, p.1-9. 1926.
- RABELLO, Eduardo.  
*Boletim da Academia Nacional de Medicina*, Rio de Janeiro, v.98, n.9, p.263-291. 1926.
- RABELLO, Eduardo.  
Considerações sobre a profilaxia da lepra, das doenças venéreas e do câncer, a propósito do novo regulamento sanitário. *Correio da Manhã*, Rio de Janeiro, 14 e 15 de agosto de 1920.
- SCHEIDT, Ary.  
Profilaxia da Lepra. *Boletim da Divisão Nacional de Lepra*, Rio de Janeiro, v.29, n.3-4, p.85-96. 1970.
- SILVA, J. Ramos e.  
A quimioterapia da lepra, o seu estado atual. *Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia*, Rio de Janeiro, v.2, n.1, p.17-28. 1926.

Vivian da Silva Cunha

SOUZA-ARAÚJO, Heráclides Cesar de.  
*História da Lepra no Brasil: período Republicano*  
(1890-1952). v.3. Rio de Janeiro: Imprensa  
Nacional. 1956.

SOUZA-ARAÚJO, Heráclides Cesar de.  
Há cinquenta mil leprosos no Brasil!. *Diário*  
*Carioca*, Rio de Janeiro. 2 fev. 1935.

TRONCA, Ítalo, A.  
*As máscaras do medo: lepra e Aids*. Campinas:  
Editora da Unicamp. 2000.

