

Universidade Federal de Minas Gerais  
Escola de Enfermagem

Amanda Pereira Nunes Tavares

# **HISTÓRIA SOCIAL DA HANSENÍASE NO NORDESTE DE MINAS GERAIS**

**Belo Horizonte  
2013**

Amanda Pereira Nunes Tavares

# **HISTÓRIA SOCIAL DA HANSENÍASE NO NORDESTE DE MINAS GERAIS**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

**Área de Concentração:** Enfermagem e Saúde.

**Orientador:** Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana.

**Co-orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Rita de Cássia Marques.


**Belo Horizonte  
2013**


T231h Tavares, Amanda Pereira Nunes.  
História social da hanseníase no nordeste de Minas Gerais  
[manuscrito]. / Amanda Pereira Nunes Tavares. - - Belo Horizonte: 2013.  
110f.: il.  
Orientador: Francisco Carlos Félix Lana.  
Co-Orientadora: Rita de Cássia Marques.  
Área de concentração: Enfermagem e Saúde.  
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola  
de Enfermagem.  
1. Hanseníase/história. 2. Vigilância Epidemiológica. 3. Políticas  
Públicas de Saúde. 4. Entrevistas como Assunto. 5. Estudos Retrospectivos.  
6. Dissertações Acadêmicas. I. Lana, Francisco Carlos Félix. II. Marques,  
Rita de Cássia. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de  
Enfermagem. IV. Título.

NLM: WC 335

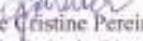
**ATA DE NÚMERO 402 (QUATROCENTOS E DOIS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGÜIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA AMANDA PEREIRA NUNES TAVARES PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.**


Aos 19 (dezenove) dias do mês de março de dois mil e treze, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação *"HISTÓRIA SOCIAL DA HANSENÍASE NO NORDESTE DE MINAS GERAIS"*, da aluna Amanda Pereira Nunes Tavares, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Francisco Carlos Félix Lana (orientador), Reinaldo Guilherme Bechler e Yara Nogueira Monteiro, sob a presidência do primeiro. Os trabalhos iniciaram-se às 14:00 horas com apresentação oral da candidata, seguida de argüição pelos membros da Comissão Examinadora. Após avaliação, os examinadores consideraram *Amanda Pereira Nunes Tavares, aprovada e apta a receber o título de mestra em enfermagem após a entrega da versão definitiva da dissertação*. Nada mais havendo a tratar, eu, Grazielle Cristine Pereira, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 19 de março de 2013.

  
 Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana  
 (orientador)

  
 Prof. Dr. Reinaldo Guilherme Bechler

  
 Prof. Dr. Yara Nogueira Monteiro

  
 Grazielle Cristine Pereira  
 Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

  
 Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana  
 Coordenador do Colegiado de Pós-Graduação  
 ESCOLA DE ENFERMAGEM/UFMG  
 HOMOLOGADO em reunião do CPG  
 em 01.04.2013

*A meus pais Osmar e Maria de Lourdes.  
A meu marido Emerson  
e a minha princesa Sofia.  
Com vocês dividi meus sonhos mais doces!*

**DEDICATÓRIA**

*A Deus, pela fonte de energia, inspiração e fé.*

*A meus pais, pelo apoio e por compreenderem a distância inevitável.*

*Ao Emerson, pelo equilíbrio, força e amor incondicional.*

*A Sofia, por ser a luz de meus dias e trazer felicidade mesmo nos momentos mais difíceis.*

*Ao Professor Francisco Carlos Félix Lana, pela riqueza de suas orientações, confiança em mim depositada e por partilhar seus conhecimentos, que engrandeceram minha formação acadêmica.*

*À Professora Rita de Cássia Marques, pela atenção, presteza, paciência e orientações que tornaram este trabalho mais rico.*

*Aos amigos Evaldo, Marcilane e Virgínia, pela amizade construída ao longo desses anos, que foram além dos muros institucionais. Pelos momentos de descontração, apoio e risadas, que jamais serão esquecidos.*

*Às colegas do grupo de pesquisa: Ana Paula, Ísis, Angélica, Fabiana, Fernanda, Sarah, Bárbara e recém-chegadas Isabelas e Naiara, pelo convívio, apoio e colaboração.*

*Às colegas da graduação, principalmente Sandra, Carolina, Vanessa, Ana Fernanda, Larissa e Thays, pela convivência, amizade e confiança.*

*Aos ex-moradores da Colônia Santa Isabel, por compartilharem suas histórias e contribuírem de forma decisiva com este projeto.*

*Aos professores da Escola de Enfermagem e da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG, pelo ensinamento e contribuição para minha formação pessoal e acadêmica.*

*Aos professores Reinaldo e Laurinda, pela contribuição na pesquisa.*

**AGRADECIMENTOS**

*Caía a tarde feito um viaduto  
E um bêbado trajando luto  
Me lembrou Carlitos...*

*A lua  
Tal qual a dona do bordel  
Pedía a cada estrela fria  
Um brilho de aluguel*

*E nuvens!  
Lá no mata-borrão do céu  
Chupavam manchas torturadas  
Que sufoco!  
Louco!  
O bêbado com chapéu-coco  
Fazia irreverências mil  
Pra noite do Brasil.  
Meu Brasil!...*

*Que sonha com a volta  
Do irmão do Henfil.  
Com tanta gente que partiu  
Num rabo de foguete  
Chora!  
A nossa Pátria  
Mãe gentil  
Choram Marias  
E Clarices  
No solo do Brasil...*

*Mas sei, que uma dor  
Assim pungente  
Não há de ser inutilmente  
A esperança...*

*Dança na corda bamba  
De sombrinha  
E em cada passo  
Dessa linha  
Pode se machucar...*

*Azar!  
A esperança equilibrista  
Sabe que o show  
De todo artista  
Tem que continuar...*

***O Bêbado e a Equilibrista- Aldir Blanc e João Bosco***

## RESUMO

TAVARES, A.P.N. **História Social da Hanseníase no Nordeste de Minas Gerais.** 2013. 90f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

Conhecida desde os tempos bíblicos como lepra, a hanseníase é uma doença infecciosa e crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen. Acomete principalmente a pele e os nervos periféricos mas também manifesta-se como uma doença sistêmica, comprometendo articulações, olhos, testículos, gânglios e outros órgãos. Tem grande importância para a saúde pública devido a sua magnitude e seu alto poder incapacitante, atingindo, sobretudo, a faixa etária economicamente ativa. É um problema de saúde pública no Brasil que ocupa o segundo lugar em números absolutos da doença no mundo. Especificamente em Minas Gerais, segundo dados de 2009, registraram-se 1873 casos novos de hanseníase. O Nordeste de Minas Gerais, por sua vez, registrou 228 novos casos nesse ano, correspondendo a um padrão de muito alta endemicidade, segundo parâmetros do Ministério da Saúde. Historicamente há registros da doença no Egito há quatro mil e trezentos anos antes de Cristo. No período medieval, os leprosos tinham que usar um véu cobrindo o rosto desfigurado e um sino que denunciava sua presença, como também eram feitas marcas no corpo desses enfermos, o que propiciou o estigma relativo à doença. O objetivo deste trabalho foi analisar a história da hanseníase no Nordeste de Minas Gerais, tendo como referência as políticas públicas de controle da epidemia no estado, de 1915 a 1962. O recorte cronológico refere-se, respectivamente, ao ano de criação da Comissão de Profilaxia da Lepra e ao ano de extinção do isolamento compulsório no Brasil. Justifica-se pela importância da hanseníase que, desde a época em estudo acomete um número alto de indivíduos no Nordeste de Minas Gerais. Além disso, considera-se o estigma da doença e a escassez de estudos sobre o histórico da doença na região. Trata-se de uma pesquisa histórica. Em complementação ao método escolhido, optou-se por entrevistas com ex-internos da Colônia Santa Izabel, provenientes da área de estudo. A análise documental e das entrevistas foi feita segundo os critérios de Padilha & Borenstein (2005). Os achados permitiram conhecer a história da hanseníase no Nordeste de Minas Gerais. Observou-se que a maior expressão política da doença na região esteve ligada aos censos extensivos de lepra, como também aos Grupos de Trabalho. Considera-se que a alta movimentação migratória, que constituiu a ocupação do espaço, aliada à instabilidade econômica, ao baixo padrão de vida e habitacional, à construção social do estigma da doença e à falta de serviços de saúde estruturados ocasionam a permanência do ciclo de transmissão da hanseníase no Nordeste de Minas Gerais.

**Descritores:** Hanseníase. Lepra. História.

## ABSTRACT

TAVARES, A.P.N. **Social History of Leprosy in the Northeast of Minas Gerais.** 2013. 90f. Dissertation (Master's in Nursing and Health) - School of Nursing, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

Leprosy is a chronic infectious disease caused by *Mycobacterium leprae*, bacillus or Hansen. It mainly affects the skin and peripheral nerves but also manifests as a systemic disease affecting joints, eyes, testicles, lymph nodes and other organs. Is of great importance to public health due to its magnitude and its high power incapacitating, affecting especially the economically active age group. It is a public health problem in Brazil, which ranks second in absolute numbers of disease worldwide. Specifically in Minas Gerais, according to 2009 data, there were 1873 new cases of leprosy. The Northeast of Minas Gerais, in turn, recorded 228 new cases this year, representing a pattern of very high endemicity, according to the Ministry of Health parameters. Historically no record of the disease in Egypt four thousand and three hundred years before Christ. In the medieval period, lepers had to wear a veil covering her face disfigured and a bell denouncing his presence, but were also made marks on the body of these patients, which resulted stigma on the disease. The objective of this study was to analyze the history of leprosy in the Northeast of Minas Gerais, with reference to the public policy of the state disease control, from 1915 to 1962. The clipping chronological refers respectively to the year of establishment of the Commission of Leprosy Prophylaxis and the year of termination of compulsory isolation in Brazil. Justified by the importance of leprosy since the era under study affects a large number of individuals in the Northeast of Minas Gerais. Moreover, it is the stigma of the disease and the scarcity of studies on the history of the disease region. Is a historical research. In addition to the method chosen, we chose to interviews with former inmates of the Colony Santa Izabel, from the study area. The document analysis and interviews were done according to the criteria Padilha & Borenstein (2005). The findings allowed us to know the history of leprosy in the Northeast of Minas Gerais. It was observed that the highest political expression of the disease in the region was linked to the extensive census of leprosy, as well as the Working Groups. It is considered that the high migratory movement, which was the occupation of space, coupled with economic instability, the low standard of living and housing, the construction of the social stigma of the disease and lack of health services structured to cause permanent cycle transmission of leprosy in the Northeast of Minas Gerais.

**Descriptors:** Leprosy. History.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1-	Os 10 primeiros clusters de casos de hanseníase, identificados por meio do coeficiente de detecção de casos novos de 2005 a 2007.....	30
FIGURA 2-	Esquema 1 – Estrutura do Serviço Sanitário em Minas Gerais, em 1895.....	36
FIGURA 3-	Esquema 2 - Estrutura do Serviço Sanitário em Minas Gerais, 1910.....	37
FIGURA 4-	Fichamento geral de leprosos na zona J de 1926 a setembro de 1944.....	62
MAPA 1-	Bandeira de Fernão Dias.....	45
MAPA 2-	Vale do Jequitinhonha.....	47
MAPA 3-	Localização da Bacia do Pampã.....	49
MAPA 4-	Zona J.....	61
MAPA 5-	Censo do município de Poté.....	68
GRÁFICO 1	Aumento percentual dos casos de lepra diagnosticados do 1º para 2º período (1926 para 1944) e do 2º período (1944 para 1950).....	76
QUADRO 1-	Disposição do Espaço.....	20
QUADRO 2-	Censo de 1938 x Campanha Nacional Contra a Lepra.....	87

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1-	Doentes diagnosticados de 1926 a 1950.....	75
-----------	--	----

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

BCG	Bacilo Calmette – Guérin
CNCL	Campanha Nacional Contra a Lepra
DECIT	Departamento de Ciência e Tecnologia
FEAL	Fundação Estadual de Assistência Leprocomial
ITI	Instituto de Tecnologia Industrial
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
SNL	Serviço Nacional de Lepra
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
1.1 OBJETIVOS.....	18
1.1.1 Objetivo Geral.....	18
1.1.2 Objetivos Específicos.....	18
<b>2 RECORTES TEÓRICOS.....</b>	<b>19</b>
2.1 O espaço em estudo.....	19
2.2 A lepra/hanseníase no Brasil.....	20
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>29</b>
3.1 Instrumentos de pesquisa.....	30
3.1.1 Documentos.....	30
3.1.2 Entrevistas.....	31
3.2 Tratamento e análise dos dados.....	32
3.3 Considerações éticas.....	33
<b>4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE CONTROLE DA LEPROSA EM MINAS GERAIS.....</b>	<b>34</b>
<b>5 OCUPAÇÃO DO ESPAÇO E SUA RELAÇÃO COM A PROGRESSÃO DA LEPROSA NO NORDESTE DE MINAS GERAIS.....</b>	<b>44</b>
5.1 Movimentos migratórios e o surgimento da lepra.....	50
<b>6 EXPRESSÕES POLÍTICAS DE COMBATE À LEPROSA NO NORDESTE DE MINAS GERAIS.....</b>	<b>55</b>

6.1 Combate à lepra no Nordeste de Minas Gerais: os censos extensivos de lepra.....	55
6.2 Novo modelo de controle da lepra.....	78
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>90</b>
<b>FONTES E REFERÊNCIAS.....</b>	<b>93</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>104</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>106</b>

## INTRODUÇÃO

Conhecida desde os tempos bíblicos como lepra<sup>1</sup>, a hanseníase é uma doença infecciosa e crônica, causada pelo *Mycobacterium leprae* ou bacilo de Hansen. Acomete principalmente a pele e os nervos periféricos mas também se manifesta como uma doença sistêmica, comprometendo articulações, olhos, testículos, gânglios e outros órgãos. Tem grande importância para a saúde pública devido sua magnitude e seu alto poder incapacitante, atingindo, sobretudo, a faixa etária economicamente ativa (BRASIL, 2007). Acarreta problemas como a diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos, o que contribui para o estigma e o preconceito que se lhe imputam.

Há registros da lepra no Egito há quatro mil e trezentos anos antes de Cristo, segundo um papiro da época de Ramsés II. É considerada uma doença bíblica, ligada à impureza espiritual ou a um castigo divino (BRASIL, 1960). Devido a essa impureza, no período medieval, os leprosos tinham que usar um véu cobrindo o rosto desfigurado e um sino que denunciava sua presença; também eram feitas marcas no corpo desses enfermos (CRUZ, 2008).

Em 1873, o médico norueguês Gerhard Henrik Armauer Hansen, contrariando a ideia predominante de hereditariedade da doença, isolou o bacilo da lepra humana, *Mycobacterium leprae* que passou a ser denominado bacilo de Hansen (BRASIL, 1960). Mesmo com o advento da bacteriologia e a comprovação de que a lepra era uma doença transmissível, permaneceu a dúvida sobre seu meio de propagação. Discussões no âmbito acadêmico defendiam desde a hereditariedade até a transmissão por vetores intermediários, como mosquitos (BENCHIMOL; SÁ, 2003).

O que se percebe é que, apesar da evolução científica e das experiências laboratoriais para se descobrir a cura da lepra, foi o isolamento social que permaneceu como forma profilática da doença no Brasil até meados do século XX. Esse isolamento contribuiu, junto a outros fatores, para afirmar, na sociedade, o estigma sofrido pelo leproso (CURI, 2002).

---

<sup>1</sup> Neste trabalho será usado o termo lepra, já que, no período de estudo proposto, era o termo utilizado em território brasileiro. Só foi mudado pela Portaria nº. 165/BSB de 14 de maio de 1976, quando a doença passou a ser denominada hanseníase.

Atualmente a hanseníase permanece como problema de saúde pública no Brasil, que ocupa o segundo lugar em números absolutos da doença no mundo, ficando atrás apenas da Índia (WHO, 2011). Em 2011, o país apresentou 33.955 casos novos, correspondendo a um coeficiente de detecção de 17,65 casos/100.000 habitantes, considerado alto segundo os parâmetros do Ministério da Saúde (WHO, 2012).

Especificamente em Minas Gerais, segundo dados de 2009, registraram-se 1873 casos novos de hanseníase, dos quais 4,5% eram menores de 15 anos, 65,7% multibacilares e 9,8% com grau 2 de incapacidade, ou seja, com alguma deformidade, o que indica expansão e diagnóstico tardio da doença (MINAS GERAIS, 2010).

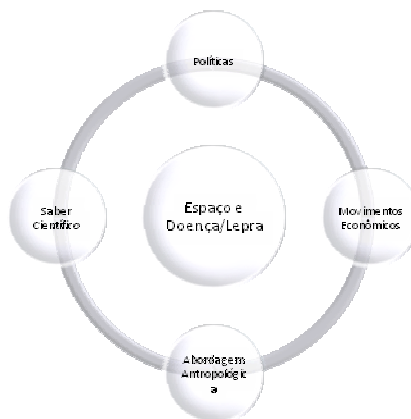
O Nordeste de Minas Gerais, por sua vez, registrou 228 novos casos no ano de 2009, correspondendo a uma taxa de detecção geral de 24,92 casos/100.000 habitantes, sendo considerado, região de muito alta endemicidade, segundo parâmetros do Ministério da Saúde (MINAS GERAIS, 2010). Devido ao alto número de doentes diagnosticados, a região está inserida em um dos dez maiores *clusters* definidos pelo Ministério da Saúde (MS), em 2008 (BRASIL, 2008).

Tendo em vista a historicidade e o número alto de detecção da hanseníase no Nordeste de Minas Gerais, este estudo pretende discorrer sobre a história da doença nessa região. O interesse pela temática surgiu durante participação no projeto intitulado “Percepções da População sobre a Hanseníase no Município de Almenara - Minas Gerais” em que foi constatado o desconhecimento, por parte da população e profissionais de saúde, sobre a trajetória histórica da hanseníase na região.

A possibilidade de pesquisa tornou-se concreta com o surgimento de um projeto de cunho nacional, Edital DECIT- 2008, do qual o grupo de pesquisa da Escola de Enfermagem da UFMG, em parceria com a Fiocruz-RJ, fez parte. O Edital priorizou pesquisas que abrangessem os 10 *clusters* (áreas endêmicas) da doença no país (BRASIL, 2008). O grupo de pesquisa da Escola de Enfermagem responsabilizou-se por pesquisas desenvolvidas no Nordeste de Minas Gerais, *cluster* 4- atual *cluster* 6, pelo fato de já ter desenvolvido estudos anteriores na região e pela vigência de novos estudos que se relacionaram com esse Edital.

Diante do exposto, este trabalho é um dos eixos de estudo do grupo de pesquisa da Escola de Enfermagem de Minas Gerais e, por isso, incluído no *cluster* quatro. Tem, como objeto, a produção do espaço, focalizado nos sistemas de objetos (fixos) -

surgimento e progressão da hanseníase - e sistemas de ações (fluxos) – movimentos sociais, econômicos, saber científico, regras, normas e programas de profilaxia da hanseníase - que ditaram condutas frente à doença ao longo dos anos, como demonstrado no organograma abaixo (SANTOS, 2006).



Fonte: Autoria própria.

O período de estudo é de 1915 a 1962. As datas de recorte referem-se, respectivamente, ao ano de criação da Comissão de Profilaxia da Lepra e ao ano de extinção do isolamento compulsório no Brasil. Dentro desse marco cronológico, percebe-se evidente atuação do governo de Minas Gerais no controle da lepra (MACIEL, 2007).

Justifica-se este estudo pela importância da hanseníase que acomete um número alto de indivíduos no Nordeste de Minas Gerais. Além disso, considera-se também o estigma da doença presente na região, confirmado em estudo desenvolvido por Lanza (2009). Nesse, a autora constatou, em entrevistas feitas com profissionais de saúde da microrregião de Almenara, Nordeste de Minas Gerais, a presença do estigma da hanseníase, fomentado por discriminação, desconhecimento e medo. Acredita-se que os fatores acima relacionados podem ter fundamento histórico devido à trajetória da hanseníase na região e no país.

Por fim, este trabalho justifica-se pela escassez de estudos sobre o histórico da hanseníase na região. A abordagem histórica é importante na medida em que possibilita uma compreensão do passado mais abrangente e dinâmica, bem como uma visualização mais concreta do espaço em que a doença esteve inserida, uma visão integral da atual hanseníase, sobretudo de sua apresentação na atualidade.

Sabe-se que o Nordeste de Minas Gerais é considerado região endêmica para hanseníase e, por isso, há muito tempo é alvo de políticas públicas de controle. Entretanto, tais medidas não causaram o impacto desejado para reduzir a expressão da doença na região, o que torna imprescindível compreender melhor o fenômeno em suas várias dimensões, inclusive na histórica.

Considerando o problema descrito, as seguintes questões orientadoras foram abordadas no desenvolver do estudo: Quais foram as relações entre a ocupação do espaço e a progressão da hanseníase no Nordeste de Minas Gerais? Quando a hanseníase passa a ser preocupação para o estado de Minas Gerais? Quais políticas foram desenvolvidas para controle da endemia nos séculos XIX e XX? De que forma a política de hanseníase foi operacionalizada no Nordeste de Minas Gerais? Como a atuação governamental se refletiu na vida dos indivíduos acometidos pela hanseníase e seus familiares?

Esta dissertação constitui-se de três capítulos: 1- Políticas públicas de controle da lepra em Minas Gerais; 2- Ocupação do espaço e sua relação com a progressão da lepra no Nordeste de Minas Gerais e 3- Expressões políticas de combate à lepra no Nordeste de Minas Gerais.

## **1.1 OBJETIVOS**

### 1.1.1 Objetivo Geral

- Analisar a história da lepra no Nordeste de Minas Gerais, tendo como referência as políticas públicas de controle da endemia no estado, de 1915 a 1962.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

- Relacionar a ocupação do Nordeste de Minas Gerais com o aparecimento e a progressão da lepra;
- Identificar o desenvolvimento histórico das políticas de saúde dirigidas ao controle da endemia no estado de Minas Gerais e no Nordeste mineiro.

## 2 RECORTES TEÓRICOS

### 2.1 O espaço em estudo

O conceito de espaço adotado neste trabalho será referenciado a Milton Santos (2006). Para esse autor, espaço não pode ser confundido com território, já que o primeiro é formado pela materialidade e a vida que a anima e difere do segundo que se forma somente pela materialidade.

O espaço pode ser definido por um conjunto indissociável e solidário de sistemas de objetos e sistemas de ações. Esses dois sistemas interagem, formando, de um lado, o sistema de objetos que condiciona a forma como se dá a ação e, de outro, o sistema de ações que leva à criação de objetos novos, o que permite a dinamicidade e a transformação do espaço (SANTOS, 2006).

Para definir o sistema de objetos, Santos (2006) diz que toda criação de objetos responde a condições sociais e técnicas presentes num dado momento histórico, sendo que sua produção também obedece a condições sociais. Os objetos são tudo que existe na superfície da Terra, herança da história natural e todo resultado da ação humana que os concretizou. É desse modo que o espaço representa a realização da história, sendo, a um só tempo, passado, presente e futuro. “Os lugares são, eles próprios, expressão atual de experiências e eventos passados e de esperanças no futuro” (SANTOS, 2006, p.34).

Segundo a descrição feita anteriormente, o sistema de objeto a ser estudado é o Nordeste de Minas Gerais, com suas características geográficas, planejamento das cidades, disposição de casas e comércios, enfim, o que proporcionava a aglomeração de indivíduos e, por isso, contribuiu para a cadeia de transmissão da lepra. De acordo com Kiple (1993), a agricultura e o convívio de grandes grupos aumentam a incidência de infecções bacterianas e virais, já que, quanto mais indivíduos vivendo juntos, maior a probabilidade de serem acometidos por moléstias transmitidas pelo ar, bem como doenças ocasionadas pelas condições insalubres das cidades. No caso da lepra, sabe-se que a doença tem forte relação com as condições socioeconômicas e que é transmitida por contato prolongado entre o doente e o indivíduo sadio.

O sistema de ações definido por Santos (2006) são ações que dão sentido ao objeto. Tais ações não podem ser dissociadas, pois separadamente não demonstram a realidade histórica do sistema. No caso específico deste estudo, o sistema de ações

relaciona-se com os movimentos sociais, regras, normas e programas de profilaxia da lepra no Nordeste de Minas Gerais e no estado, no período estudado.

Abaixo, Quadro resumido da relação de espaço abordada no desenvolver da pesquisa.

QUADRO 1  
Disposição do espaço

	Horizontalidades	Verticalidades
Sistemas de Ações.	Processos migratórios que favoreceram a instalação da lepra no Nordeste de Minas Gerais.  Movimentos sociais de ajuda e discriminatórios aos portadores de lepra.	Expressões locais de políticas públicas de controle da lepra, como os censos de lepra expressos na zona J-referente ao Nordeste de Minas Gerais.  Corporações profissionais de combate à lepra.
Sistemas de Objetos.	Ocupação do Nordeste de Minas Gerais- disposição de vilas e cidades.  Atividades econômicas da região.	Políticas públicas de saúde no âmbito nacional e internacional referentes ao controle da lepra.

Fonte: Adaptado de Santos, 2006.

Levando em conta os sistemas de objetos e os sistemas de ações, foi feita a relação direta desses sistemas com as disposições horizontais e verticais do espaço. Assim, procurou-se, no desenvolver da dissertação, associar os movimentos de ocupação e progressão da lepra com sua abordagem social - horizontalidade. Da mesma forma, construiu-se a trajetória política- verticalidades, que influenciou a disposição horizontal do espaço.

## 2.2 A lepra/hanseníase no Brasil

A lepra chegou ao Brasil com os colonizadores europeus e se espalhou principalmente nas regiões litorâneas. Os índios não conheciam a doença; as hipóteses de que seja doença autóctone ou pré-colombiana foram descartadas (OPROMOLLA, 2007). A endemia hansênica grassava em Portugal e, no período dos Grandes

Descobrimientos, era encontrada também nas ilhas africanas. Não se pode afirmar a data precisa da entrada da lepra no Brasil, contudo, as evidências permitem concluir que a vinda dos colonos, em especial os da Ilha da Madeira, tenha contribuído para seu aparecimento (MONTEIRO, 1987). Curi (2010) defende essa ideia, baseado no grande número de gafarias, ou leprosários, construídos em Portugal entre os séculos XII e XVI.

O papel desempenhado pelos escravos na introdução da lepra no Brasil é discutível. Maurano (1944) afirma que os escravos africanos não teriam introduzido a doença mas contribuído para sua disseminação, pois, no período colonial, os critérios adotados para a entrada dos escravos no país eram muito rígidos. Monteiro (1987) lembra que a doença existia na África; portanto há a hipótese de o tráfico negreiro ter contribuído para sua disseminação no Brasil, pensamento também defendido por Souza-Araújo (1956).

Quanto a essa discussão, o historiador Luciano Curi faz apontamentos interessantes:

*Longe dos extremismos dessas duas posições é preciso ater-se a dois relevantes aspectos. Primeiro, as peculiaridades da hanseníase, isto é, longo período de incubação, é possível que algum escravo já infectado e que ainda não apresentasse sintomas inconfundíveis da doença não fosse barrado pelos precários exames da época. A doença em estágio inicial não seria tão facilmente diagnosticada, permitindo assim, o ingresso de escravos com hanseníase no Brasil. Por último, é necessário assinalar que exames e inspeções não eram procedimentos aplicados a todos àqueles que chegavam à América. Enquanto os africanos eram freqüentemente submetidos a revistas o mesmo não acontecia com os europeus que, dado essa dispensa, tornavam-se então candidatos prováveis, “favoritos”, a serem responsabilizados pela introdução e disseminação da doença no continente americano (CURI, 2010, p.189).*

Julga-se verdadeiro o pensamento acima descrito pois, nessa época, os saberes científicos eram ineficazes para se diagnosticar a lepra no início de seu acometimento. Mesmo no século XXI, com a evolução dos exames e a constatação dos sinais e sintomas da doença, ainda há dificuldade para se fazer um diagnóstico correto.

Uma vez que novas terras foram colonizadas, os doentes se espalharam para o interior do país. Maurano (1944) relata que, após a introdução da doença por diversos

pontos da costa brasileira, correspondentes aos principais centros da Colônia, a infecção teria acompanhado a marcha da colonização. De Pernambuco, um dos mais antigos centros da agricultura usineira, a lepra teria se estendido a Paraíba, Alagoas, Ceará, Maranhão, Pará e Amazonas. De São Paulo, a infecção teria acompanhado os bandeirantes a Minas Gerais, Mato Grosso e Goiás. E seria de São Paulo, também, o foco da lepra para os Estados do Sul (MAGALHÃES, 1882).

Os primeiros portadores da lepra no Brasil foram identificados no Rio de Janeiro, em 1600. Um século depois, em 1714, fundou-se um asilo para leprosos no Recife. Posteriormente esse asilo daria origem, em 1789, ao Hospital de Lázaros desse estado, administrado pela Santa Casa (BRASIL, 1960).

No século XIX, numerosos hospitais e colônias foram construídos no país, especialmente no estado de São Paulo. Isso se explica pelo crescimento da região devido à chegada de imigrantes à busca de trabalho na agricultura, especialmente nas fazendas de café (MONTEIRO, 2003). Devido à carência documental, não se pode afirmar o número de doentes que existiam no Brasil naquele período; contudo a construção dos primeiros abrigos para leprosos dão indícios da disseminação da doença pelo país.

Até 1883, o Brasil contava com asilos ou hospitais para leprosos em 12 cidades, a saber: Salvador, Recife, Rio de Janeiro, Santa Bárbara-MG, São Paulo, Itu, Belém, Cuiabá, São Luís, Campinas, Piracicaba e Sabará. Pode-se constatar, por essas instituições, como a endemia se difundiu pelo território brasileiro (CURI, 2010).

Maurano (1944), analisando a variação da frequência da lepra desde os tempos coloniais, diz que a moléstia foi muito intensa no período colonial da metade do século XVIII até início do século XIX. Sofreu uma queda na primeira metade do século XIX e voltou a se expandir na segunda metade, em consequência das correntes migratórias.

Durante todos os períodos colonial e imperial, até o século XIX, a prática de excluir os leprosos foi recorrente e corroborada pela ciência, religião e cultura popular (CURI, 2010). Mas o isolamento não era obrigatório, o que permitia o livre trânsito de doentes, muitas vezes obrigados a sair dos leprosários e mendigar para “ganhar a vida” (MONTEIRO, 2003).

Predominava o modelo de política médica para combater os problemas de saúde; via-se a sujeira como principal fonte de infecção (IYDA, 1993). Em 1810 a ordem real fundou as academias médico-cirúrgicas, que foram transformadas nas primeiras escolas

de medicina do país. Em 7 de setembro de 1822, houve a municipalização dos serviços sanitários brasileiros (BERTOLLI, 2004).

Mas, apesar desses movimentos no campo da saúde, o Brasil vivenciava uma desordem sanitária confirmada pela eclosão das epidemias de varíola (1834-1835), gripe (1835), febre tifoide (1836), sarampo (1835-1836) e febre amarela (1849). A primeira medida governamental foi a nomeação, em fevereiro de 1850, de uma Comissão Central de Saúde Pública. A Comissão seria o embrião da Junta Central de Higiene Pública, criada em 20 de setembro de 1851, e marcou uma nova etapa da organização da vigilância sanitária no Brasil (MIRANZI *et al.*, 2010).

Em meio a esse cenário, surge, no final de 1860 e início de 1870, na Europa, a teoria bacteriológica, fundamentada na descoberta de bacilos. No Brasil, teve início um campo de conhecimento voltado para o estudo e a prevenção das doenças e para o desenvolvimento de formas de atuação nos surtos epidêmicos (MIRANZI *et al.*, 2010). Em relação à lepra, é nesse século que o cientista Gerhard Henrik Armauer Hansen<sup>2</sup>, descobre o bacilo causador da doença, denominado *Mycobacterium leprae*.

Entre 1890 e 1900, o Rio de Janeiro e as principais cidades brasileiras continuaram a sofrer por epidemias de varíola, febre amarela, peste bubônica, febre tifoide e cólera. Diante dessa situação, os médicos higienistas receberam incentivos do governo federal e passaram a ocupar cargos importantes na administração pública; nomes como o de Emílio Ribas, Adolfo Lutz e Oswaldo Cruz surgem no cenário brasileiro (BUENO, 2005).

Por muito tempo, o governo não tomou conhecimento do progresso da lepra no Brasil, ficando a assistência ao doente a cargo da caridade pública. Durante os períodos colonial e imperial, o cuidado com o doente não era visto como dever do estado, mas prioritariamente como objeto da caridade (CURI, 2010).

A história da saúde pública brasileira é marcada pela imagem das Santas Casas de Misericórdia, ligadas à Igreja Católica, responsáveis pela assistência caritativa de doentes de qualquer natureza (BUENO, 2005). Segundo Maciel (2007), os doentes acometidos pela lepra, no século XVIII e XIX, eram assistidos pelas instituições católicas, bem como em leprosários e asilos de cunho particular.

---

<sup>2</sup> No artigo intitulado “Hansen versus Neisser: controvérsias científicas na ‘descoberta’ do bacilo da lepra, Reinaldo Bechler (2012), baseado em pesquisas desenvolvidas na Alemanha, afirma que a descoberta do agente etiológico da lepra teve participação ativa do pesquisador Neisser; fato até então

desconhecido no Ocidente. Contudo, devido a um conturbado processo político, nacional, cultural e científico os louros da descoberta foram dados somente ao pesquisador Hansen.

A construção e a manutenção dos hospitais e asilos dependiam do dinheiro arrecadado em campanhas beneficentes. Segundo Santos (2011) estes estabelecimentos eram destinados a proteger a sociedade sadia do perigo representado pelos doentes e não necessariamente se preocupavam com as condições de saúde dos mesmos.

A participação de mulheres era preponderante nas instituições de assistência aos leprosos. Entre as lideranças femininas que estiveram à frente das entidades privadas destaca-se Alice de Toledo Ribas Tibiriçá, que criou a Sociedade de Assistência aos Lázaros e Defesa Contra a Lepra. “A Sociedade inspirou a criação de instituições congêneres em todas as regiões do país” (SANTOS, 2011, p. 206).

O retrato da assistência ao leproso começa a mudar em 1920, com a iniciativa estatal de construção dos leprosários do Pará, do Paraná, em 1926, e Distrito Federal, em 1929. Antes, porém, da intervenção do Estado no que diz respeito à construção de leprosários, é importante destacar a criação da Comissão de Profilaxia da Lepra em 22 de julho de 1915 (MACIEL, 2007).

A Comissão foi proposta por Belmiro Valverde e Juliano Moreira à Associação Médico-cirúrgica do Rio de Janeiro. Tinha a finalidade de propor alternativas ao Estado no sentido de eleger o combate à lepra como prioridade nacional. Fizeram parte do grupo Paulo da Silva Araújo, Henrique Aragão e membros indicados pela Academia Nacional de Medicina, Sociedade de Medicina e Cirurgia, Sociedade Médica dos Hospitais e Sociedade Brasileira de Dermatologia (MACIEL, 2007).

Os trabalhos estenderam-se até 1919 e deram origem a relatórios e pronunciamentos públicos, tais como: “*Lepra e casamento*” de Silva Araújo e Valverde; “*Lepra e profissão*” de Werneck Machado e Emilio Gomes; “*Lepra e imigração*” de Adolpho Lutz e Henrique Aragão; estudos de Eduardo Rabello e Silva Araújo Filho sobre as relações da doença com o domicílio; e isolamento de Juliano Moreira e Fernando Terra (MACIEL, 2007).

Na Europa, o problema da lepra tornava-se preocupante e, por isso, foi realizada a primeira conferência mundial, Conferência de Berlim, em 1897. Nessa, reuniram-se, pela primeira vez, cientistas que se dedicavam ao estudo da lepra no mundo, com o intuito de dar orientações técnicas aos governos para o combate efetivo à doença. Foi proposto, então, o isolamento social como meio de profilaxia da lepra, baseado no

modelo norueguês que pregava o isolamento compulsório como medida necessária ao desaparecimento da lepra <sup>3</sup> (BECHLER, 2008).

Com o aval da Primeira Conferência Internacional, o Brasil, ao longo do século XX, apropriou-se desse processo que se mostrou ineficaz na Europa. A sociedade, os médicos e os políticos do país discutiriam uma melhor maneira de lidar com o problema, optando pelo isolamento dos doentes. A apropriação brasileira do paradigma isolacionista, além da intervenção estatal, contou com a participação ativa da sociedade que auxiliou o governo na construção de centenas de leprosários por todo o país, sob as mais diversas condições (BECHLER, 2008).

Concretizando o paradigma isolacionista brasileiro, sob o decreto 3987 de 2 de janeiro de 1920, foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores (BRASIL, 1920). Juntamente a esse Departamento, criou-se a Inspetoria de Lepra e Doenças Venéreas, órgão federal, destinado à campanha contra a lepra no país. Seu primeiro diretor foi Eduardo Rabello que permaneceu no posto até 1926, quando foi substituído por Oscar da Silva Araújo que a dirigiu até sua desativação, após a reforma do Ministério de Educação e Saúde Pública, em 1934 (BRASIL, 1960).

Dentre as medidas da Inspetoria de Lepra e Doenças Venéreas, destaca-se a notificação compulsória da doença e o isolamento nosocomial em estabelecimentos fundados pelo governo federal, estadual ou municipal, por associações privadas ou por pessoas físicas. Quanto à internação, a lei era flexível na medida em que permitia o isolamento domiciliar, desde que verificadas as condições pela referida Inspetoria (BRASIL, 1920). Maciel (2007) diz que esse regulamento recebeu críticas contundentes e despertou grandes polêmicas, por ter sido pouco rigoroso, ao permitir o isolamento domiciliar de doentes que tinham condições socioeconômicas favoráveis.

---

<sup>3</sup> Bechler comenta que o modelo proposto na Conferência de Berlim estava pautada no isolamento compulsório dos doentes. Na Noruega, acreditando-se que a doença iria naturalmente desaparecer, o governo reuniu a maior quantidade possível de doentes em leprosários, sob sua total responsabilidade e, a partir desse momento, passou a não se preocupar demasiadamente com o que acontecia lá dentro. Os pacientes começaram então a morrer por outras doenças infecciosas (BECHLER, 2008, p. 30).

Para Monteiro (2003), havia, no Brasil, duas diferentes correntes em relação ao isolamento social: os humanitários e os isolacionistas. O primeiro grupo tinha como nome principal Emílio Ribas e defendia o isolamento institucional paralelo ao isolamento domiciliar, sendo este facultado apenas àqueles que possuíam condições financeiras e higiênicas de executá-lo com segurança em suas residências. O segundo grupo defendia o isolamento compulsório direcionado a todos os acometidos, independente do estágio de desenvolvimento em que se encontrava sua enfermidade e do perfil dos portadores. Os mais ricos poderiam construir casas próprias, custear refeições em separado e outras regalias que julgassem necessárias, mas sempre no interior das colônias que deveriam ser construídas em número suficiente para abrigar todos os leprosos do país.

A propagação da lepra levou o Departamento Nacional de Saúde Pública a realizar a Primeira Conferência Americana da Lepra, em 1922, de cuja organização ficou encarregada a Inspeção. Participaram delegados de quase todos os países americanos e de alguns países europeus. Ainda não era proposta a internação compulsória dos doentes, exceto nos Estados de São Paulo e Minas Gerais. Esses estados já praticavam o isolamento como profilaxia da doença e deram posteriormente base para que tal medida fosse aplicada no Brasil (SANTOS, 2008).

São Paulo foi um dos primeiros estados brasileiros a adotar o isolamento em leprosários, com legislação e políticas profiláticas próprias, sendo por isso o único estado brasileiro a não assinar contrato com a Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas (SANTOS; FARIA; MENEZES, 2008).

No caso de Minas Gerais, o Serviço de Profilaxia da Lepra era dirigido por Orestes Diniz que, em relatório de atividades do ano de 1940, destacava uma série de atividades tais como a inauguração de colônias e preventórios, ampliação de pavilhões nas instituições já existentes, cursos de leprologia e, ainda, ações relativas aos censos e inquéritos epidemiológicos, como será visto nos próximos capítulos (MACIEL, 2007).

A criação de órgão específico para a doença no Brasil não se mostrou eficiente e, devido a reformas governamentais, em 1934, foi extinto. Surgiu nesse cenário a Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Social, dirigida por João de Barros Barreto, e que passaria a ser o órgão responsável pela orientação, coordenação e fiscalização de todos os serviços de saúde pública e assistência medicossocial executados pela União ou em cooperação com outros poderes administrativos. O cargo de Diretor do Serviço

Sanitário dos Estados foi ocupado por Ernani Agrícola e o posto de Assistente da Seção Técnica Geral de Saúde Pública foi preenchido por Joaquim Motta, ambos leprologistas (MACIEL, 2007).

Em 1934, Gustavo Capanema assumiu o cargo de Ministro da Educação e Saúde Pública, no governo de Getúlio Vargas. Nesse ano, houve a formulação do Plano Nacional de Combate à Lepra que pretendia elaborar pesquisas, realizar censos, refazer a legislação existente e regular algumas práticas, como o próprio isolamento, que era apenas recomendado, além de uniformizar nacionalmente a administração dos leprosários (MACIEL, 2007).

Até o ano de 1941, as atividades de coordenação das ações de combate à lepra foram subordinadas à Diretoria de Defesa Sanitária Internacional e da Capital da República e passaram a ser desempenhadas pela Inspeção dos Centros de Saúde, no Distrito Federal e pelas Diretorias dos Serviços Sanitários, nos Estados que procurariam dirigir e executar as ações de prevenção à doença, como também proporcionar condições favoráveis ao isolamento dos casos comprovadamente contagiantes (MACIEL, 2007).

Em 1941, foi instituído, sob a direção de Ernani Agrícola (BRASIL, 1994), o Serviço Nacional de Lepra cujas finalidades são descritas a seguir:

- I- Organizar, em todo o país, o plano de combate à lepra, constituindo-se em centro orientador, coordenador e fiscalizador das atividades dos serviços públicos e privados empenhados nessa campanha e, ainda, em órgão realizador da parte que, no programa fixado, tocar à administração federal;
- II- Realizar estudos, inquéritos e investigações sobre a lepra;
- III- Prestar assistência técnica e material às organizações públicas e privadas, delimitando-se o campo de ação;
- IV- Opinar sobre a organização de quaisquer serviços de combate à lepra no país e sobre regulamentos e regimentos que cuidem do assunto;
- V- Procurar padronizar, respeitadas as características regionais, as organizações públicas e privadas de luta contra a lepra, em todo o país, uniformizando-lhes os trabalhos e modelos de serviços, elaborando para isso as necessárias instruções.

Também eram funções desse órgão o incentivo às pesquisas, investigações científicas e o estabelecimento de normas, tais como:

- a) Construção pela União de um número suficiente de leprosários, preferentemente do tipo colônia agrícola;
- b) Ampliação e melhoramentos nos leprocômios já existentes, nos quais tais medidas forem consideradas necessárias;
- c) Hospitalização, nos estabelecimentos construídos, ampliados ou melhorados, dos doentes de formas contagiantes, dos mendigos, indigentes, mesmo apresentando formas fechadas, sendo calculado aproximadamente em 65% o número de doentes internados por motivo de ordem profilática ou assistencial;
- d) Obrigação por parte dos governos estaduais de instalar um suficiente número de dispensários, cessão de terreno necessário para a construção e instalação de leprosários, manutenção de metade das despesas dos doentes isolados, adoção de legislação federal sobre profilaxia da lepra e subordinação técnica ao serviço federal.

Com o surgimento do Serviço Nacional de Lepra tem-se o auge do isolamento social. Contudo, paralelo a esse acontecimento houve avanço da tecnologia medicamentosa e descobrimento das sulfonas. A quimioprofilaxia passou então a proporcionar uma nova abordagem da doença e foi um dos fatores que levou ao questionamento do isolamento compulsório. Cabe lembrar, que no Brasil, mesmo antes do advento das sulfonas, nomes como de Emílio Ribas questionavam a prática isolacionista proposta.

Em 1960, havia, no Brasil, 36 leprosários localizados em quase todas as Unidades Federadas, sendo que 22 foram construídos pela União, seis pelos Estados e oito por instituições particulares (BRASIL, 1960). Mesmo com uma estrutura profilática baseada no isolamento compulsório, essa prática foi abolida, pelo governo federal, no ano de 1962. Em âmbito internacional, durante o Sétimo Congresso Internacional de Leprologia, realizado em Tóquio, no ano de 1958, condenou-se o isolamento social dos doentes. Um ano depois o primeiro Comitê de Peritos da Organização Mundial de

Saúde-OMS- também condenou essa prática. Esses movimentos, aliados à insatisfação com o modelo proposto impulsionou a decisão brasileira de revogação do isolamento social dos doentes de lepra (CURI, 2010).

No final dos anos 1960 e primeiros anos de 1970, os internados compulsoriamente nos asilos-colônia passaram a ter a prerrogativa de deixar a instituição para fazer o tratamento ambulatorial e/ou em hospitais da rede. No entanto, muitos escolheram permanecer nos asilos, por terem perdido o convívio social e familiar (MARZLIAK *et al.*, 2008).

Anos mais tarde, assumindo a Divisão de Hansenologia e Dermatologia Sanitária, o professor Abraão Rotberg propôs a mudança de terminologia da lepra. Tal medida foi acatada pelo governo brasileiro e, em 1976, pela Portaria n° 165, o Brasil passou a adotar a terminologia hanseníase (MARZLIAK *et al.*, 2008).

As décadas de 1980 e 1990 são caracterizadas pela organização de trabalhadores e entidades no setor saúde. Marco importante desse processo, em âmbito internacional, foi a realização, em 1986, da Primeira Conferência Internacional sobre promoção da Saúde, em Ottawa. No Brasil, esse processo culmina com a Constituição de 1988 que cria o Sistema Único de Saúde (MIRANZI *et al.*, 2010).

Em 1981, ex-internos de leprosários começaram a discutir sobre seus direitos, fundando nesse mesmo ano o Movimento de Reintegração do Hanseniano (MORHAN), juntamente com familiares e profissionais envolvidos, com a finalidade de lutar pela reintegração social da pessoa atingida pela hanseníase. Dando início a uma nova fase de ação governamental e da sociedade civil, técnicos das instituições comprometeram-se com as necessidades dos pacientes, em conjunto com o MORHAN, assumindo suas reivindicações; dentre elas, a de reestruturação dos hospitais-colônia do país (MARZLIAK *et al.*, 2008).

### **3 PERCURSO METODOLÓGICO**

Trata-se de uma pesquisa documental, de natureza histórica, escolhida por permitir a interpretação dos fenômenos sociais ligados à hanseníase. Em complementação ao método de escolha, optou-se por entrevistas com ex-internos da Colônia Santa Izabel (atual Casa de Saúde Santa Izabel), provenientes da área de estudo.

O cenário estudado foi o Nordeste de Minas Gerais, especificamente municípios incluídos no *cluster quatro*.

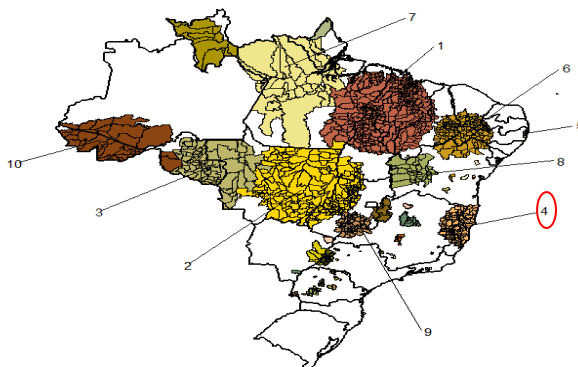


FIGURA 1- Os dez primeiros clusters de casos de hanseníase, identificados por meio do coeficiente de detecção de casos novos no período de 2005 a 2007.

Fonte: Brasil, 2008.

O período de estudo compreendeu os anos de 1915 a 1962, por se referir respectivamente aos anos de criação da Comissão de Profilaxia da Lepra e de extinção do isolamento compulsório no Brasil. Ou seja, o período de maior expressão política de combate à hanseníase no país.

### 3.1 Instrumentos de Pesquisa

#### 3.1.1 Documentos

A pesquisa documental foi feita levando em conta o significado de documento proposto por Jacques Le Goff (1984):

*O documento não é inócuo, ou seja, é o resultado de uma montagem, consciente ou inconsciente, da história, da época, da sociedade que o produziram, mas também das épocas sucessivas durante as quais continuou a viver a intervenção do historiador que escolhe o documento, extraindo-o do conjunto dos dados do passado, preferindo-o a outros, atribuindo-lhe um valor de testemunho que, pelo menos em parte, depende da sua própria posição na sociedade da sua época e da sua organização mental, insere-se numa situação inicial que é ainda menos “neutra” do que a sua intervenção. O documento é uma coisa que fica, que dura, e o testemunho, o ensinamento*

*que ele traz devem ser em primeiro lugar analisados desmistificando-lhe o seu significado aparente. O documento é monumento. Resulta do esforço das sociedades históricas para impor ao futuro – voluntária ou involuntariamente – determinada imagem de si próprias* (LE GOFF, 1984, p.64).

Para Le Goff, mais que vestígios, os documentos portavam a construção do passado. Dessa forma, para a elaboração de um trabalho histórico é preciso entender o significado dos documentos. Em busca dessa construção, procurou-se ampliar o conceito de fontes através da inclusão dos documentos orais. Estes, segundo Vidal (1998) é também um monumento, pois oferece ao pesquisador elementos para a pesquisa. Para tanto, deve ser objeto de crítica documental, interna e externa. “Eloquências, silêncios e esquecimentos devem ser problematizados, bem como narrativas orais devem ser confrontadas à documentação escrita” (VIDAL, 1998, p.12).

Pensando nessa perspectiva foram selecionados documentos referentes ao recorte temporal proposto neste estudo e que abordassem os seguintes assuntos: políticas de combate a lepra, profissionais envolvidos, participação popular e vínculos familiares.

As fontes primárias se constituíram de documentos coletados no Arquivo Público Mineiro; Biblioteca Pública Estadual; Biblioteca Central da UFMG; Biblioteca do *Campus* Saúde da UFMG; Centro de Memória da Escola de Medicina da UFMG; Acervo da Fundação Hospitalar de Minas Gerais, Center for Research Libraries.

Nesses acervos foram consultados: relatórios da Secretaria do Interior; Coleção Mineiriana; Coleção Linhares; Arquivos de Higiene; Arquivos de Saúde Pública e Higiene; Arquivos Mineiros de Leprologia; Boletins do Serviço Nacional de Lepra; Livro História da Lepra no Brasil; Livro Minas Gerais; Coleção História da Lepra no Brasil- Caderno de Laboratório Heráclides César de Souza-Araújo; relatórios de viajantes; fichas sociais de ex-internos da Colônia Santa Izabel; relatórios dos Governos de Província; Tratado de Leprologia e Manual de Leprologia.

As fontes secundárias foram compostas por dissertações, teses, artigos e livros.

### 3.1.2 Entrevistas

Para a produção do documento oral, foram realizadas entrevistas. Estas podem ser definidas como uma técnica de diálogo assimétrico em que o pesquisador aborda o entrevistado sob a forma de perguntas para obter, em profundidade, informações para seu estudo. Há diversos tipos de entrevista que variam de acordo com o nível de estruturação, que é responsável pela determinação das respostas. Uma entrevista mais estruturada é aquela que permite maior controle das respostas ao passo que nas entrevistas menos estruturadas obtêm-se respostas espontâneas (GIL, 1999).

Nesse estudo, optou-se pela entrevista semi-estruturada, pois além de possuir perguntas que definem os aspectos a serem abordados para o sujeito da pesquisa, permite ao pesquisador a inclusão de novas perguntas durante a entrevista para que tenha maiores detalhes de uma resposta. O roteiro de entrevista foi composto pela identificação dos entrevistados e por dados referentes à descoberta da doença e os fatores desencadeantes da internação na Colônia Santa Izabel (APÊNDICE 1).

Para seleção dos sujeitos, o critério de inclusão foi ser proveniente do Nordeste de Minas Gerais e ter chegado à Colônia Santa Izabel antes de 1962. Os entrevistados foram identificados pelas fichas de registro de entrada da Colônia, sob responsabilidade da Fundação Hospitalar de Minas Gerais. A amostra final foi composta por dois entrevistados.

As entrevistas foram realizadas nas residências dos sujeitos da pesquisa, em dias e horários escolhidos por eles, após aprovação do Comitê de Ética da Fundação Hospitalar de Minas Gerais e Universidade Federal de Minas Gerais. Procurou-se ter o cuidado de deixar os entrevistados seguros e confortáveis, pois segundo Schwarztein (2001), durante a entrevista é necessário que se crie um ambiente que inspire confiança. Do contrário, elementos importantes podem ser suprimidos quando o indivíduo for relatar suas memórias.

A gravação das entrevistas se deu por meio de gravador digital, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 2). Todo conteúdo gravado foi de responsabilidade da pesquisadora, com preocupação em se manter o sigilo, segundo princípios éticos.

### 3.2 Tratamento e Análise dos Dados

Segundo Padilha; Borenstein (2005) para fazer a análise documental e das entrevistas é necessário analisar e interpretar os dados com criatividade, explicando os resultados encontrados e fornecendo suporte às ideias. Deve ainda fazer a crítica externa- que indaga a natureza dos documentos, se o texto é original ou cópia, qual a sua procedência e autoria- e interna- que avalia o peso e valor das provas.

A entrevista, tratada como fonte, ou seja, documento, não dispensa um tratamento crítico do testemunho solicitado (VODMAN, 2010). A interpretação dos dados coletados, sejam eles escritos ou orais, permitem visão ampliada do trabalho. Para tanto, é necessário se fazer síntese dos achados e transformá-los num todo relacionado.

O pesquisador expõe a história, fazendo relação entre eventos, ideias, pessoas, organizações e instituições, exploradas dentro do contexto histórico. O conjunto de fatos políticos, econômicos e sociais, determinam um estágio ou referência para comparar e contrastar os dados históricos coletados.

Além disso, esse trabalho procurou analisar os documentos segundo interpretações da pesquisadora, já que, o conhecimento histórico está ligado à época de sua produção. “Se o presente é sempre novo e reinterpreta de forma nova o passado, a verdade do passado será também sempre nova, pois dominada pela novidade do presente” (PADILHA; BORENSTEIN, 2005, p. 582).

### 3.3 Considerações Éticas

Quanto às considerações éticas, esta pesquisa seguiu a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Foi submetida ao Comitê de Ética da Fundação Hospitalar de Minas Gerais e da Universidade Federal de Minas Gerais. Foi aprovada sob os pareceres 135.453 e 101.854, respectivamente.

Considerando os princípios éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), os sujeitos foram convidados a participar do estudo e, após todos os esclarecimentos sobre o desenvolvimento da pesquisa e leitura do TCLE (APÊNDICE 2), os participantes assinaram duas vias desse Termo, sendo que uma via ficou em posse da pesquisadora e a outra com o informante.

Foram respeitados todos os preceitos éticos de forma a garantir a confidencialidade dos sujeitos e a utilização dos dados para fins de pesquisa. Tais dados serão publicados em meios acadêmicos.

#### **4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE CONTROLE DA LEPROSA EM MINAS GERAIS**

Antes da descoberta do Brasil pelos portugueses, o território correspondente ao estado de Minas Gerais era habitado por tribos indígenas. Segundo Maurano (1944), a lepra não existia entre os povos brasileiros, sendo os colonizadores os responsáveis pela chegada da doença. Assim, somente no século posterior à colonização, é encontrado o primeiro registro da moléstia no estado do Rio de Janeiro. Nos anos que se seguiram houve relatos de casos nos estados da Bahia e São Paulo (BRASIL, 1960).

Devido à comunicação entre São Paulo, Bahia e Minas Gerais, Orsini (1940) afirma que, no século XVIII, já havia a doença no estado mineiro. Para esse autor, mesmo não havendo descrição da lepra nos arquivos públicos, a procura do ouro e pedras preciosas desencadeou o aparecimento da moléstia nas divisas do estado. Indo ao encontro do que afirmou Orsini, no século XVIII. O viajante Saint- Hilarie (1975) descreveu a lepra em Caeté, um dos primeiros núcleos de povoação do estado mineiro.

Nessa época, Souza-Araújo (1954) diz haver na Serra do Caraça um hospital para leprosos, batizado de Hospital de Nossa Senhora das Mães dos Homens. Já se falava também em cura da doença pela fonte de água de Mariana. Curi (2010), no entanto, afirma que a idealização de um asilo para leprosos na Serra do Caraça foi uma tentativa frustrada do monge português irmão Lourenço.

Os relatos acima demonstram a dimensão do problema da lepra no estado mineiro no século XVIII. Mesmo não sabendo ao certo o número de leprosos que existiam em Minas nessa época, afirma-se que não eram poucos, já que havia preocupação para o tratamento e asilamento dos doentes. Assim, durante todo esse período que se estende até o século XIX, aqueles que se revelavam leprosos tinham sua vida alterada. Seu destino eram as instituições para eles edificadas ou a perambulação esmoleira (CURI, 2010).

Trazendo a lume a dimensão do problema, no ano de 1883, inaugurou-se o Hospital de Lázarus de Sabará, sob financiamento particular de Antonio de Abreu Guimarães. O local era responsável por receber e tratar clínica e espiritualmente os

doentes de lepra (SILVA, 1941; CURI, 2010). Após sua inauguração, o que se percebe é que os doentes, antes sem assistência, encaminharam-se para a região, a fim de garantir tratamento. Isso desencadeou o aumento substancial da procura pelo hospital que sucumbiu por dificuldades financeiras (SILVA, 1941). Dessa forma, o que era uma iniciativa privada tornou-se problema do estado, que teve que contribuir financeiramente com os serviços do hospital.

Contudo, o pagamento proposto pelo governo de Minas Gerais não se fez no valor integral, tendo o hospital que diminuir o número de doentes internados. Para agravar a situação que o hospital estava enfrentando, apareceu, na região, um charlatão que garantia a cura da lepra. Esse fato fez aumentar ainda mais o número de doentes desassistidos no município. “A imigração de morféticos sedentos de cura e tristemente explorados na própria ignorância aumentava dia a dia. E a cidade de Sabará se transformou logo em um vasto leprozário pontilhado” (SILVA, 1941, p. 171). “A cidade encheu-se de estropiados, mutilados, chagados, vivendo e morrendo em qualquer casa ou barracão” (ORSINI, 1940, p. 47).

O governo do estado teve que intervir, enfrentando o problema. Determinou, pois, Antonio Gonçalves Chaves, então presidente do estado de Minas Gerais, que se aumentasse a verba do Hospital e que se comprasse uma casa capaz de abrigar e isolar o maior número possível de doentes (SILVA, 1941).

Contudo, dos anos que se seguiram, até 1900, obtiveram-se poucos dados sobre a incidência da lepra em Minas Gerais, bem como das providências tomadas para sua contenção. Apenas se dizia que a doença era frequente em Minas, como também nos estados da Bahia, São Paulo, Rio de Janeiro, Pará, Maranhão e Pernambuco. No final do período colonial, a doença já se espalhava pelo estado e, para o isolamento dos doentes, existia somente o Hospital de Lázarus de Sabará (ORSINI, 1940). A preocupação com doenças endêmicas não era vista nesse momento e, até o início do século XX, a estrutura sanitária de Minas Gerais estava voltada principalmente para ações de combate a epidemias focais, como visto como visto na figura 2.

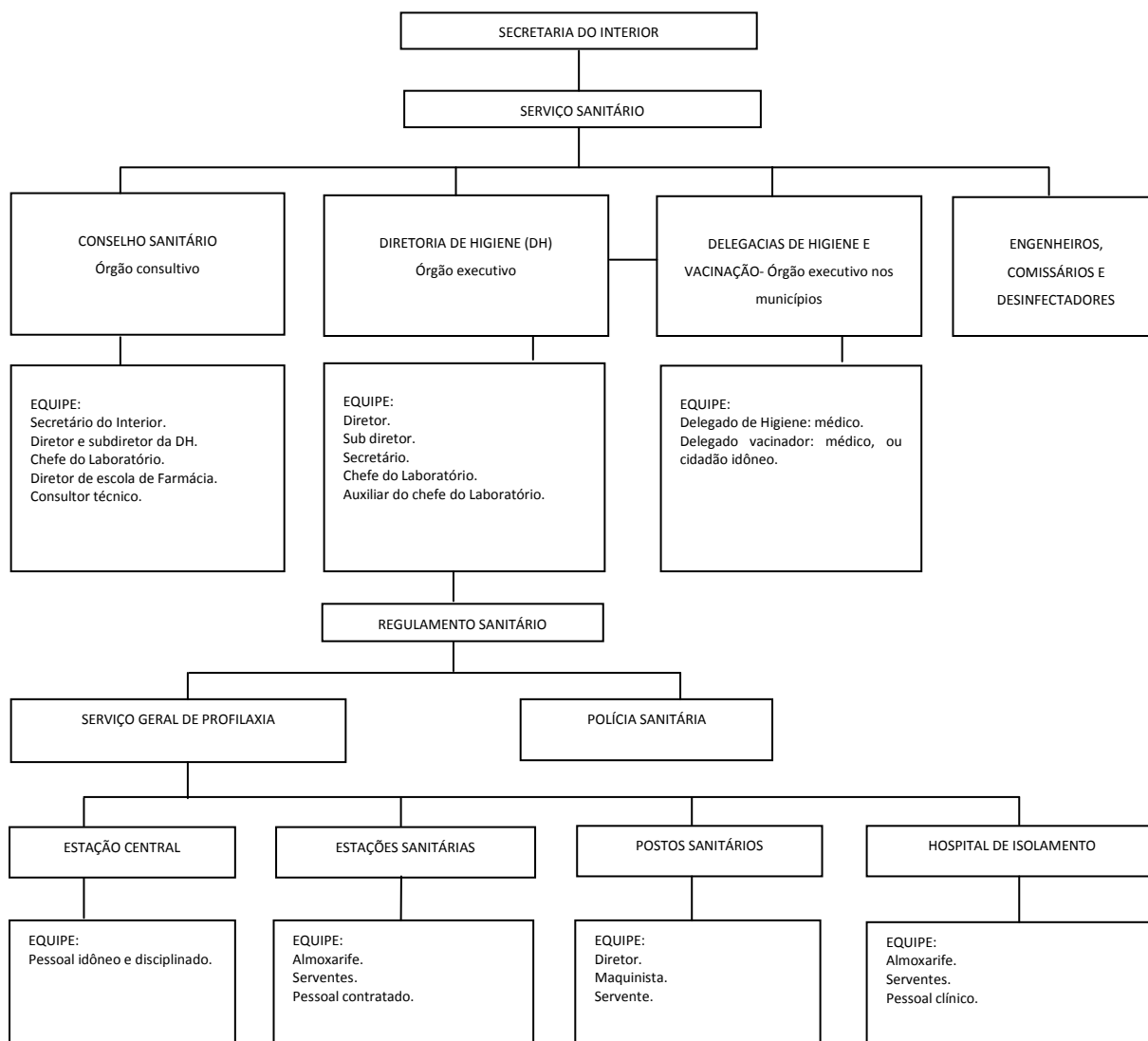


FIGURA 2- Esquema 1 – Estrutura do Serviço Sanitário em Minas Gerais, em 1895.  
Fonte: Teixeira, 2012, p. 34.

Analisando-se o esquema, percebe-se que a saúde pública se responsabilizava pelos serviços sanitários e de desinfecção, não se atendo às endemias. As principais estruturas de saúde do estado são o Serviço Sanitário, pertencente à Secretaria do Interior, de que fazia parte a Diretoria de Higiene, criados em 1895. As ações de saúde pública eram pontuais e, sob análise de Teixeira (2012), não resolviam os problemas que poderiam se abater sobre o estado.

Era preciso, pois, reorganizar o serviço de saúde, no âmbito estadual, com instituições e profissionais voltados a esse fim, procurando minimizar os transtornos causados pelas afecções infectocontagiosas (TEIXEIRA, 2012). Assim, em 1910, com a promulgação do Decreto 2733 que regulamentou a Lei 452, foi reorganizado o Serviço

Sanitário mineiro que procurou desenvolver ações na capital e nos demais municípios do estado (FIGURA 3).

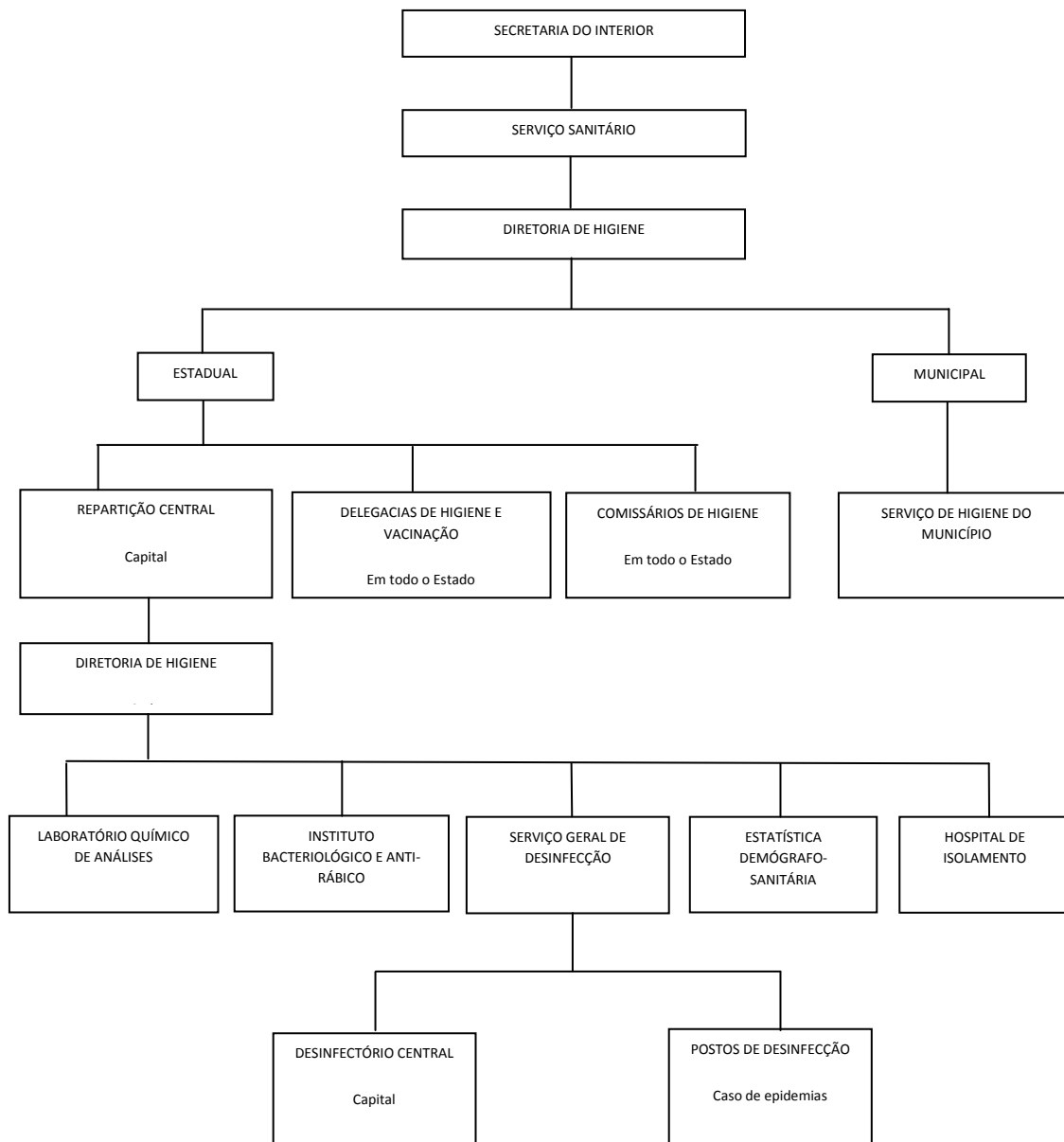


FIGURA 3- Esquema 2 - Estrutura do serviço sanitário em Minas Gerais, 1910.  
Fonte: Teixeira, 2012, p. 45.

Avalia-se que há mudanças na estrutura política da saúde pública no estado de Minas Gerais, com a instalação, por exemplo, de Delegacias de Vacinação. Além disso, surgem serviços de Estatísticas Demográficas que, mais tarde, serão importantes para o levantamento do número de doentes de lepra em Minas Gerais. Porém, Torres (2007), ao analisar a mudança sofrida pelo Serviço Sanitário, afirma que não aconteceu de

forma significativa, pois se restringia à fiscalização de gêneros, fornecimento de soros e vacinas e socorro em casos de epidemias.

Em 1918, o quadro sanitário mineiro sofre mudanças pois, nesse ano, a Diretoria de Higiene firma contrato com a Fundação Rockefeller. Tal parceria contribui para a criação do Serviço de Profilaxia Rural de Minas Gerais. No que compete à lepra, houve ganho para as políticas de controle, já que foi incluída como doença-alvo a ser combatida (AGRICOLA, 1930). Além disso, houve melhora na saúde pública do estado já que, para o desenvolvimento do programa de saneamento rural, fundaram-se postos de saúde em várias regiões afastadas, de índice endêmico elevado, de maior densidade populacional e riqueza econômica (VILARINO, 2008).

Nessa época, havia, no estado, o Serviço de Profilaxia de Lepra, criado após o surgimento da Diretoria de Higiene, em 1910. Contudo, não se identifica, nesse momento, a atuação do serviço para resolver o problema da lepra. Até então, o único estabelecimento fundado para o controle da doença era o Hospital de Lázarus de Sabará. E, segundo Bernardes (1921), esse hospital era insuficiente para abrigar os milhares de doentes que se encontravam por todo o estado, além de não preencher as condições indispensáveis para um leprosário.

No ano 1915, em Minas Gerais, o médico Belmiro Valverde disse haver um total de dois mil leprosos. Isso levou o presidente Delfim Moreira da Costa Ribeiro a destacar, em relatório, a importância de conciliar esforços em prol da doença, a fim de evitar a propagação do que ele chamou na época de “vírus” (RIBEIRO, 1917). Em 30 de agosto de 1917, o professor Zoroastro Alvarenga, diretor de Higiene do Estado, enviou uma circular aos presidentes das Câmaras Municipais, requisitando que se repassasse o número de leprosos existentes nos respectivos municípios. Trinta e sete Câmaras responderam à consulta e somaram 601 casos de lepra notificados (ORSINI, 1951).

O século XX é marcado por grande atuação da União e dos estados da federação nas políticas públicas de profilaxia da lepra. O crescente número de doentes colocou em prova a intervenção estatal para o controle da endemia. Ressalta-se, todavia, que as interdições feitas nesse momento, como será visto no decorrer do estudo, tinham sempre um efeito de ordem sanitária ou, como colocado por Foucault, era uma “tecnologia social de exclusão, de purificação do espaço urbano” (FOUCAULT, 1986, p. 88).

O higienismo vigente no século XX, também coloca em foco o problema da lepra no país. Na República Velha, percebe-se maior atuação de médicos na saúde pública e no combate a enfermidades. As questões de nacionalidade, associadas ao melhoramento eugênico, passaram a demandar uma resposta do governo ao problema da lepra que “manchava” a sociedade (SANTOS; FARIA; MENEZES, 2008).

Era um problema que necessitava de soluções para aspectos como: técnico, administrativo e social. Segundo o Relatório da OPAS (1934), a profilaxia da lepra dependia essencialmente do meio, das condições especiais de cada região e principalmente dos recursos financeiros disponíveis. Especificamente em São Paulo, o Relatório destacou efetivo trabalho contra a doença, pois o estado realizava censos, dispunha de inspetorias central e regionais de combate à lepra, engajou-se na construção de leprosários e preventórios e executou obras sociais eficientes.

Em Minas Gerais, no início do século XX, houve aumento do número de leprosos e os doentes podiam ser vistos nas “repartições públicas, no comércio, na indústria, na lavoura, entre empregadores e empregados, domésticos, chefes políticos, nas ruas a esmolar, nas igrejas em promiscuidade com o povo e até em bailes de alta sociedade” (ORSINI, 1951, p. 95).

Dr. Arthur da Silva Bernardes, presidente do estado, disse que era preciso prevenir a transmissão da doença, sob pena, segundo ele, de chegar o povo mineiro à situação das Índias e outros países, em que a massa de leprosos era densa. “A progressão desse mal característico de povos em idades bárbaras, e somente controlável com uma enérgica e inflexível profilaxia” (BERNARDES, 1921, s/p).

Por esse motivo, começou-se, em 1922, a construção da Colônia Santa Isabel, a 40 km de Belo Horizonte. A nova construção teria capacidade para abrigar 1.500 enfermos e, nove anos depois, em 1931, estava aparelhada para receber os primeiros doentes (ORSINI, 1951). Analisando o tempo de construção desse espaço, acredita-se que questões políticas, como a ausência de serviço de lepra na década de 1920, bem como as dificuldades advindas das demandas estruturais da Colônia tenham contribuído para a demora de sua inauguração.

A Colônia Santa Izabel, assim como outras colônias no país, era local para se abrigarem os doentes, retirados do seio de suas famílias, sem contudo haver tratamento eficiente para sua enfermidade. O estado passou a investir no isolamento como forma de profilaxia da lepra. Em âmbito nacional, havia a Inspeção de Lepra e Doenças

Venéreas que também defendia o isolamento nosocomial (BARRETO, 1938). O corpo do leproso passou a ser vigiado e punido para o bem-estar da população sadia.

Com o progresso da luta contra a moléstia no estado, houve a necessidade de se obter dados que revelassem sua incidência nos municípios. Dessa forma, os relatórios das Câmaras Municipais e as Unidades de Saúde foram os meios usados para se conseguirem tais dados. A partir de 1926<sup>4</sup>, a obtenção de dados foi garantida pelos serviços de Estatística do estado. Porém, os cálculos do número de doentes foram até esse ano falhos, por falta de elementos seguros e por ausência de organizações.

O Diretor de Saúde Pública, Dr. Raul de Almeida Magalhães, propõe, então, em 1931, um censo de lepra para estado. O censo abrangeu 80 municípios, totalizando uma população de 3.074.257 habitantes. Os resultados obtidos, por região, foram: Centro 1,4 (incidência por 1000 habitantes); Sul, 1,2; Triângulo, 1,1; Zona da Mata, 0,7; Norte, 0,8 e média geral 1,2.

No Relatório da Organização Panamericana de Saúde (1934), há descrição do censo como sendo o serviço mais importante na profilaxia da lepra já que permitia descobrir o doente no início da moléstia. Orestes Diniz, diretor da Divisão de Lepra do estado de Minas Gerais, relata que os censos não tiveram o intuito de ser simples resultados numéricos. Foram, sim, responsáveis pela coleta de completas informações referentes à região, à população e a indivíduos examinados (DINIZ; AGRÍCOLA, 1957).

O censo de leprosos era um trabalho penoso, repleto de dificuldades, demorado, oneroso, sujeito a falhas inevitáveis, mas de valor básico na organização da luta antileprosa. O censo de 1930, no entanto, caracterizou-se por trabalhos esparsos, não obedeceu a um plano de conjunto, em vista da falta de recursos necessários. Além disso, somente em alguns municípios o inquérito foi realizado por médicos especialistas (DINIZ; AGRÍCOLA, 1957). Tais fatores permitiram uma nova abordagem metodológica de tratamento da doença, porém expuseram falhas que a tornaram pouco efetiva.

---

<sup>4</sup> O primeiro inquérito epidemiológico da lepra, no ano de 1926, não é considerado nos relatórios do Arquivo Mineiro de Leprologia como censo de lepra. O primeiro inquérito definido como censo de lepra data do ano de 1931, em que se utiliza metodologia embasada no censo de lepra do México. Este, aconteceu em 1927, por intermédio do médico González Urueña. A partir dos resultados do censo

promulgou-se no país o Regulamento Federal de Profilaxia da Lepra que criou o Serviço Federal de Profilaxia da Lepra (RODRÍGUEZ, 2003).

Em 1933, Noraldino de Lima, Secretário da Educação e Saúde, computava 10.000 leprosos no estado, mas os leprólogos, médicos formados em leprologia, pensavam em 15.000 acometidos (ORSINI, 1951). Reconheceu-se que era importante o emprego de novos estudos para melhor conhecimento epidemiológico da doença. No que tange às informações estatísticas, os dados deveriam se referir a longos períodos, com métodos empregados em outros estudos de doenças crônicas (BRASIL, 1946).

Assim, o estudo epidemiológico completo da lepra, em qualquer país, deveria incluir três tipos de inquéritos, a saber: inquérito geral ou extensivo- procura de todos os casos da moléstia extensivo ao exame dos comunicantes. Trabalho esse facilitado com o estabelecimento de dispensários dermatológicos, localizados nos focos da doença e serviços itinerantes no restante do país; censo intensivo- limitado a uma área bem definida e, se possível, a uma unidade administrativa ou municipal previamente conhecida. Deveria ser feito de casa em casa e incluir todos os habitantes da área que ficariam sujeitos à vigilância ou seguimento epidemiológico; vigilância contínua dos contatos familiares- por meio desse método de estudo, fatores clínicos, patológicos e imunológicos, bem como a transmissibilidade, poderiam ser correlacionados e completados, e conseqüentemente melhor compreendidos (BRASIL, 1946, p. 40).

Seguindo esse novo modelo proposto, de 1º de abril de 1938 até 30 de setembro de 1944, foi realizado o censo extensivo de lepra de Minas Gerais, com plano técnico mais preciso que o anterior. Contou-se com verbas federais, estaduais, municipais e de particulares. Os órgãos responsáveis pelo censo foram o Serviço Nacional de Lepra e a Divisão de Lepra do Estado de Minas Gerais. Para sua execução, fatores como extensão territorial, facilidade de comunicações e densidade de população foram discutidos com Mário Álvares da Silva Campos, diretor da Saúde Pública do estado (DINIZ; AGRÍCOLA, 1957).

Os leprólogos, com o apoio de Mário Álvares da Silva Campos, elaboraram as instruções a serem seguidas. Foram definidas primeiramente as vantagens do censo, acentuando as dificuldades e as maneiras de contorná-las. Além disso, foi proposto o exame de comunicantes, com orientações do modo de executá-lo. Instruiu-se acerca da prestação da assistência terapêutica aos doentes encontrados e finalmente, para

homogeneidade de apuração de dados, foi organizado um quadro, adaptado do censo no México<sup>5</sup> (DINIZ; AGRÍCOLA, 1957).

Visando confiar de modo integral as atividades leproológicas a especialistas, em Minas, desde 1934, o pessoal admitido no Serviço devia previamente diplomar-se no Curso de Leprologia ministrado pela Faculdade de Medicina e Diretoria de Saúde Pública, de acordo com as exigências de Decreto estadual<sup>6</sup> (DINIZ; AGRÍCOLA, 1957). Depois de capacitados, os profissionais itinerantes foram a campo para começar os trabalhos dos censos, cujos resultados serão demonstrados no capítulo “Combate à Lepra no Nordeste de Minas Gerais”.

Segundo Ernani Agrícola, de cada um desses municípios, o leprólogo, após o levantamento de dados, apresentava um relatório, acompanhado de todas as fichas confeccionadas, ilustrado muitas vezes por mapas, gráficos e fotografias, contabilizando inúmeros documentos, que foram armazenados em arquivo próprio, como também alguns publicados em revistas especializadas (DINIZ; AGRÍCOLA, 1957). O total foi de 9.429 doentes fichados em Minas Gerais.

A revisão do censo ocorreu imediatamente após seu término em 1944; durou de outubro de 1944 a dezembro de 1950. A duração de cada censo comprovou o que acreditava Diniz e Agrícola quando descreveram que este era um trabalho penoso e demorado. Associa-se o seu tempo de execução às dificuldades de percorrer todo o território mineiro, além dos problemas relacionados ao transporte, assessoria dos municípios e o número alto de doentes e comunicantes diagnosticados. Contudo, a metodologia censitária revelou as condições da endemia leprotica, servindo de base à organização de seu armamento profilático. Após seu término ficou como sugestão, para trabalhos futuros, a continuação de inquéritos semelhantes e os reexames de suspeitos e de comunicantes.

---

<sup>5</sup> O Estado de Minas Gerais contava, no período do recenseamento, com 288 municípios que foram percorridos em todos os sentidos pelos médicos censitaristas<sup>3</sup>.O trabalho começava pelos centros urbanos, depois se entendia pelas áreas rurais, compreendendo aldeias, fazendas, sítios, onde quer que houvesse notificação de casos de lepra, residissem comunicantes ou se verificassem aglomerações humanas (DINIZ; AGRÍCOLA, 1957).

<sup>6</sup> Médicos que executaram o censo: Drs. Antonio Carlos Horta, Josefino Aleixo, Valério Teixeira de Rezende, Mário Aurélio Pire, Genaro Henriques, Paulo Cerqueira Rodrigues Pereira, Agenor de Melo,

João Damasceno Baêta, Rodolfo Starling, Geraldo Rodrigues Vieira, Abrahão Salomão, Nagib Saliba, Luiz Amore, Homero Miranda Gomes, Ivon Rodrigues Vieira, Sebastião Ferreira de Araújo, Wandick Del Favero, Célio de Paula Mota, Inácio Tostes Martins, Américo Rabelo V. Neto, Amador Vítor da Silva, Jamil Caran, Martiniano Rossi, Mário Purri, Peri Malheiros Simões, Antônio Hélio de Castro, Hilton Hermont, Francisco Medeiros Dantas, Rui Alves de Moraes, Avelino Miguez Alonso e Orestes Diniz (BRASIL, 1957).

Em 1950, além da Colônia Santa Isabel e do antigo Hospital de Lázarus de Sabará, existiam, no estado, a Colônia Santa Fé em Três Corações, a Colônia São Francisco de Assis em Bambuí, a Colônia Padre Damião em Ubá e o Sanatório Roça Grande em Sabará, com uma capacidade total para 7.300 doentes<sup>7</sup> (ORSINI, 1951).

Desde o início do Serviço de Profilaxia da Lepra em Minas Gerais, até meados do século XX, foram internados 19.092 doentes<sup>8</sup>. Em todo o estado havia, na mesma ocasião, 52.313 comunicantes em observação. Somente nesse ano, segundo Orsini (1950), foram feitas, 658 visitas domiciliares, 1.353.516 medicações em leprosários, 3.230 em dispensários, 3.687 em domicílio e 26.580 exames de laboratório. As verbas votadas pelo governo estadual, para a profilaxia da lepra, e reforçadas pelo governo federal, cresceram de ano em ano, de acordo com o desenvolvimento da campanha de profilaxia.

Durante anos, o isolamento foi a forma que a União e o governo mineiro tiveram para combater a lepra. Fica evidente que a atuação de Minas Gerais foi enfática nessa construção, ao se investir em censos de lepra e também na construção de leprosários. Porém, em meio aos investimentos feitos pelo estado de Minas Gerais para propagar o modelo isolacionista, as políticas públicas de controle da lepra começam a sofrer mudanças. Surge, em 1940, uma nova abordagem terapêutica para a doença que não tinha cura, através da sulfonoterapia e, em âmbito nacional e internacional, estudiosos questionam a eficiência do modelo proposto.

---

<sup>7</sup> A Colônia Santa Fé, foi inaugurada em 1942 em Três Corações, no Sul do Estado de Minas Gerais - fica a 8km do centro da cidade e a 290 km de Belo Horizonte. A Colônia São Francisco de Assis foi fundada em 23 de março de 1943. Teve como objetivo atender e isolar especificamente pacientes hansenianos das regiões Oeste e Sudoeste de Minas Gerais, e Sul de Goiás, complementando as ações em saúde da Colônia Santa Isabel de Betim, Minas Gerais. A Colônia Padre Damião foi criada em 1945 e se localizava na Rodovia Ubá - Juiz de Fora. Teve esse nome em homenagem ao belga Joseph de Veuster, nome de

batismo do Padre Damião. O Sanatório Roça Grande foi fundado em 1944 e era localizado no bairro Roças Grandes, em Sabará, região metropolitana de Belo Horizonte.

Hoje essas antigas Colônias formam o complexo de Reabilitação e Cuidado do Idoso integrado à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG, 2013).

<sup>8</sup> Com o censo de lepra houve o levantamento de 9.429 doentes, contudo Orsini descreve que até meados do século XX foram internados 19.092 doentes. Analisando esses dados, julga-se que, por estar no auge da política de isolamento o número de internos extrapolou a capacidade das Colônias, além disso, pode-se concluir que muitos pacientes chegaram às Colônias por meio de demanda espontânea e não somente através da busca ativa proposta pela metodologia censitária.

Minas Gerais, assim como outros estados da Federação, adota o tratamento da lepra pela sulfonoterapia. A partir de 1950, o estado firma acordo entre o Departamento de Lepra, a Secretaria de Saúde e o Instituto de Tecnologia Industrial (ITI). O ITI começou a produzir sulfonas em quantidades industriais, suficientes para atender o estado e outras grandes áreas do país e diminuiu o ônus de importar substâncias usadas no tratamento da lepra (MARQUES; SILVEIRA; FIGUEIREDO, 2011).

O ano de 1960 é marcado pelo fim do isolamento compulsório no Brasil, e o Serviço de Lepra do Estado de Minas Gerais foi transformado em Fundação Estadual de Assistência Leprocomial (Feal). A Fundação ficou responsável por toda a assistência aos leprosos até 3 de outubro de 1977. Nesse ano, os leprosários construídos na época do isolamento compulsório uniram-se às fundações assistenciais e hospitalares do estado, no governo de Aureliano Chaves, dando origem à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (MARQUES; SILVEIRA; FIGUEIREDO, 2011).

O Nordeste de Minas Gerais, por sua vez, sofreu influência das políticas descritas acima. O reflexo regional dos censos, do isolamento compulsório e da mudança de modelo desencadeada pelo surgimento das sulfonas serão vistos no decorrer deste estudo. Para tanto, optou-se primeiramente pela análise do surgimento e progressão da lepra na região, tema do próximo capítulo. Julga-se ser este um importante fator para se entender o percurso histórico da doença no século XX.

## **5 OCUPAÇÃO DO ESPAÇO E SUA RELAÇÃO COM A PROGRESSÃO DA LEpra NO NORDESTE DE MINAS GERAIS**

Os núcleos primários de irradiação do processo de territorialização de Minas Gerais ocorreram em 1697 e 1704, a partir das minas de ouro de Caeté, do Rio das



Após a fase inicial de formação das minas, começam, progressivamente, a ser impostas medidas restritivas à imigração, ficando proibida toda forma de trânsito de pessoas e mercadorias. Porém, anos mais tarde, o Governador Geral Luís César de Meneses defende a completa abertura do Caminho do Rio de São Francisco, que estimula picadas e veredas, formando uma teia de caminhos secundários, impossíveis de controlar (RESENDE, 2007). O alto Jequitinhonha, por sua vez, começa a ser ocupado, principalmente pela atrativa mineração (MORAES, 2007).

No Vale do Jequitinhonha, a expansão das áreas de mineração e da fronteira agrícola, a partir de 1800, levou, para as margens do rio e de seus afluentes, levadas sucessivas de colonos, que invadiram o território indígena, causando a dizimação e o aldeamento de diversas tribos. Tais fatos acarretaram a extinção de algumas tribos, a destruição do modo de vida e da organização cultural (MORENO, 2001).

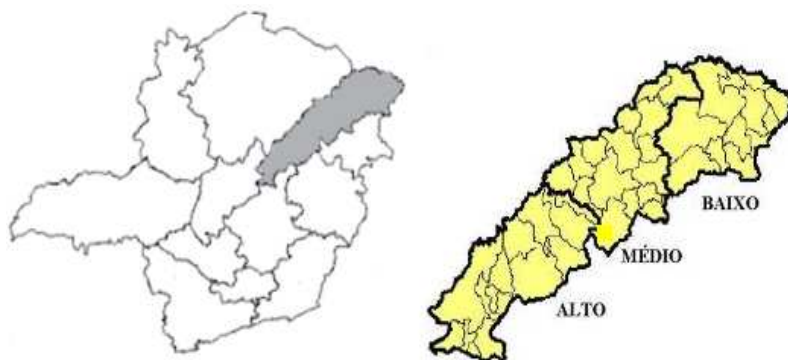
Com a decadência da mineração no final do século XVIII, a metrópole propõe a colonização dos Sertões do Leste Mineiro, que tinham limites com a mata virgem, povoada pelos índios Borun ou Botocudos. As terras dessa região deveriam ser ocupadas por colonos para intensificar o comércio e implementar a agricultura. A região povoada do vale do rio Araçuaí, parte do Alto Jequitinhonha, ficou bastante populosa, povoada por aventureiros, vindos de São Paulo e da Bahia, que buscavam fortuna e seus escravos (MORENO, 2001).

Nos fins do século XVIII e início do XIX, o Alto Jequitinhonha começou a ser despovoado devido à decadência da mineração. Ribeiro *et al.* (2007) descrevem a trajetória histórica do Jequitinhonha até começo do século XX.

*O Jequitinhonha entrou para os registros da história no século XVIII, quando era área de mineração exclusiva ou de concessão da Coroa portuguesa, o Distrito Diamantino, que por décadas sustentou a Metrópole, cuja fama atraiu viajantes que o descreveram para o mundo: Pohl, Saint-Hilaire, Spix e Martius. Mas minério, riqueza e fama se acabaram no século XIX, e o Jequitinhonha desapareceu da história que se escreveria. Veio então um longo período de estabilização e transumâncias, e enquanto famílias de lavradores se firmavam nas culturas das grotas, outra parte da população refluiu para leste, rumo à vizinha mata atlântica do Mucuri e baixo Jequitinhonha. Nessa época um viajante definiu a região como um lugar de "farta mediania": não havia mais a exuberância da mineração, mas as pessoas dispunham do necessário para viver. Nos estudos sobre Minas*

*Gerais nos começos do século XX, o Jequitinhonha seria parte de um vago "Norte", que o reunia ao Mucuri e São Francisco num amplo "sertão" desconhecido, meio baiano, uma das peças mais remotas do mosaico regional mineiro*(RIBEIRO ET AL., 2007, p. 1081).

Os moradores passaram a se dedicar, cada vez mais, à lavoura de subsistência e à exportação de produtos agrícolas como o algodão e o cacau. A mudança nos padrões de produção local proporcionou, no início do século XIX a ocupação, do Médio e Baixo Jequitinhonha: Jequitinhonha, Almenara, Salto da Divisa e Joáima (MORENO, 2001). No início da década de 1810, os colonos, seguindo os quartéis das Divisões Militares, encarregadas de combater e controlar os índios botocudos haviam alcançado as localidades de São Miguel (atual Jequitinhonha) e Vigia (atual Almenara) (NUNES & MARTINS, 2009). O povoamento do Baixo Jequitinhonha levou à quase extinção indígena (MORENO, 2001). Abaixo mapa ilustrativo da região (Mapa 2).



MAPA 2- Vale do Jequitinhonha.

Fonte: IGA/CETEC, 1994.

Pelo Rio Araçuaí, os migrantes desceram o Jequitinhonha e foram povoando as beiras do rio, famosas na época por serem sadias, além de muito férteis. O rio Jequitinhonha, nesse tempo, era pouco explorado. Acima do Araçuaí, a entrada era controlada pelo Distrito dos Diamantes, abaixo desse rio, existia uma mata tropical, fechada e virgem, abrangendo toda a região do lado direito do rio São Francisco até o litoral. Todo o Mucuri, inclusive o rio de mesmo nome, era desconhecido e, até o começo do Século XIX, foram poucos os corajosos a se aventurarem por esse local, pois diziam que essas terras eram lugares de febres e índios (RIBEIRO, 1999).

Essa realidade, no entanto, começa a mudar com o povoamento de Capelinha (pertencente ao Médio Jequitinhonha), Setubinha, Malacacheta, Poté e Ladainha (situados no vale do Mucuri) por fazendeiros e posseiros (NUNES; MARTINS, 2009). Dessa forma, a colonização do Vale do Mucuri se deu por motivos parecidos à colonização do Baixo Jequitinhonha. No começo do século XIX, os moradores do alto Jequitinhonha começaram a enfrentar a mata do Baixo Jequitinhonha e do Mucuri, atrás de terra nova, farta, fértil e sem dono, num movimento migratório e povoador que durou mais de um século (RIBEIRO, 1999).

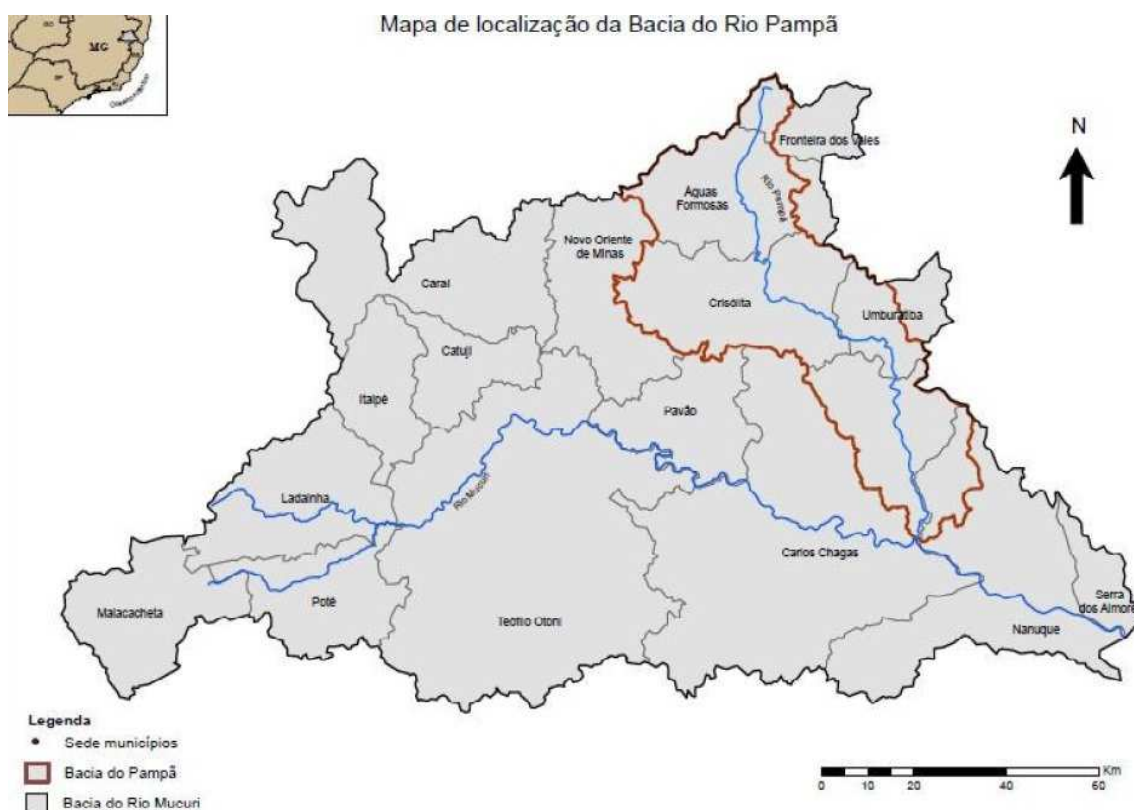
A mata do Mucuri vinha sendo ocupada pelos habitantes do Norte de Minas Gerais e Vale do Jequitinhonha, em um processo de deslocamento populacional muito comum nesse período na província mineira. Essa penetração foi acelerada pela Companhia de Navegação e Comércio do Mucuri, empresa criada em 1847. Tinha o objetivo de aquecer o comércio do Alto Jequitinhonha, especialmente Minas Novas, Serro e Diamantina, reduzindo o tempo de transporte até a Corte. Para a construção da estrada, o trabalho agrícola e a ocupação propriamente dita, foram levados escravos africanos e crioulos, seguidos por portugueses da Ilha de Madeira (1855), chineses (1856), alemães, suíços e franceses (1856 em diante) (ACHTSCHIM, 2009).

Filadélfia (atual Teófilo Otoni) foi construída pela Companhia do Mucuri. Para essa construção, Teófilo Benedito Otoni, fundador e diretor da Companhia do Mucuri propôs a migração de colonos europeus para a região. Assim, apesar de reconhecer que não era prioridade da Companhia do Mucuri um projeto imigracionista, Filadélfia foi construída visando receber europeus, especialmente a população alemã (ACHTSCHIM, 2009).

O período de atividade da Estrada de Ferro, final do século XIX, foi um momento significativo para o desenvolvimento urbano, comercial e cultural de Teófilo Otoni. A cidade tornou-se polo regional, transformando-se no principal ponto de ligação do interior do Nordeste de Minas Gerais com o litoral e daí com os principais mercados nacionais e internacionais. Nesse período, a população aumentou, a zona urbana da cidade tornou-se mais requintada com seus clubes e bailes, além da riqueza cultural proporcionada pelo encontro de culturas diversas que chegaram à cidade por via férrea, pelos funcionários da Bahia-Minas, oriundos de diversas partes do Brasil e do mundo (NOVAIS, 2009).

Já no final do Século XIX, baianos em quantidade crescente começaram a chegar à mata. Nem todos eram baianos, boa parte era de mineiros do Alto Norte: Espinosa, Taiobeiras e Salinas. A primeira grande leva desceu do rio Pardo, fugindo da “seca do noventinha”, de 1890. Chegavam em grandes grupos e faziam sua primeira parada no Comercinho do Bruno, que posteriormente deu origem ao atual município Comercinho. Ali escolhiam caminhos: das gerais, pela Itira, da mata pela Fortaleza ou São Roque, que era como se chamavam Pedra Azul e Itaobim (RIBEIRO, 1999).

Até os anos 1930, ainda havia bastante mata no Baixo Jequitinhonha e no Baixo Mucuri. A selva da parte baixa dos rios pôde absorver os baianos que chegavam e os mineiros que saíam das regiões de terras já esgotadas (RIBEIRO, 1999). Também nessa época houve a ocupação do Vale do Pampã (Mapa 3), situado no extremo nordeste mineiro. Essa foi a ocupação mais tardia de toda a região estudada, assemelhou-se aos movimentos migratórios encontrados nos Vales vizinhos.



MAPA 3- Localização da Bacia do Pampã.

Fonte: Nunes & Martins, 2009, p. 20.

Observa-se, pelo mapa, que o Vale do Pampã está localizado próximo ao Vale do Mucuri e Vale do Jequitinhonha. Migrantes do Médio Jequitinhonha ocuparam essas terras e levaram as mesmas relações sociais, práticas econômicas e culturais do local de origem. Assim, fala-se que o Vale do Pampã é o reflexo do Vale do Jequitinhonha (NUNES; MARTINS, 2009).

A ocupação do Vale do Pampã aconteceu principalmente devido à seca e à violência que tomaram o Vale do Jequitinhonha no período de 1890-1930 (NUNES; MARTINS, 2009). Esses fatores estimularam a migração do Médio Jequitinhonha ao Centro-Sul brasileiro, Rio de Janeiro e São Paulo. Outra parcela da população, que vivia principalmente em Araçuaí, Rio Pardo, Salinas, Almenara e Joáima deslocou-se para as terras virgens do Vale do Pampã e do São Mateus (Espírito Santo). A partir dos primeiros anos do século XX, as novas terras do Pampã aumentaram, especialmente as fazendas e propriedades camponesas que produziam mantimentos, café e bovinos (NUNES; MARTINS, 2009).

Com as descrições acima, observa-se que os movimentos migratórios foram constantes durante o período de povoamento dos municípios deste estudo. Uma confusa rede de migrações deu origem ao que se conhece hoje como Nordeste de Minas Gerais. Europeus, baianos e paulistas tornaram-se os principais atores de construção do território. Será visto no próximo capítulo que esses movimentos se relacionaram à chegada da lepra na região.

### 5.1 Movimentos migratórios e surgimento da lepra

A movimentação intensa que se viu em Minas Gerais, no início do século XVIII, permitiu que doentes migrassem pelo estado. A disseminação da lepra deve ter seguido a marcha pelo ouro e se intensificou com o desenvolvimento da agricultura, pois a necessidade de mão-de-obra e o convívio de grandes grupos por um tempo prolongado favoreceram a convivência entre pessoas sadias e indivíduos acometidos pela doença.

Os registros sobre essa movimentação são escassos, sobretudo da chegada da lepra no Nordeste de Minas Gerais; mas é possível recuperar algumas informações por meio do relato dos viajantes europeus que estiveram na região no século XIX. Em descrições dos locais por onde passavam há detalhes ricos da flora, fauna e das pessoas que compunham os cenários. Para a história da lepra, esses documentos são de igual

importância, por permitirem o conhecimento detalhado da doença, bem como os locais em que se encontravam os doentes.

Cabe ressaltar que, no início do século XIX, a lepra não era uma realidade vivenciada pela Europa, já que foi dada como extinta nesse continente desde o século XVII (BECHLER, 2009). Porém, nos países europeus, a partir desse mesmo século, a experimentação científica começava a orientar as pesquisas sobre o corpo e as doenças. A compreensão do universo de cura no Brasil, especificamente em Minas Gerais, remetia às concepções portuguesas. Os portugueses que migraram para a América trouxeram uma bagagem de crenças e práticas acerca das moléstias (GROSSI, 2005).

Deu-se enfoque nos relatos de três viajantes: Francis Burton Richard, Saint-Hilaire e Tschudi que descreveram a hanseníase de forma relevante durante passagem pelas Minas Gerais, especificamente no Sertão Mineiro. Tais relatos se passaram no século XIX e por isso estão relacionados aos saberes que se tem da doença nessa época. Não é de se admirar que a cura, a causa e a transmissão da lepra que se conhecem na atualidade não se assemelhem às descritas nos relatórios.

Em Minas Gerais, a introdução e a disseminação da lepra provavelmente remontam ao início do Ciclo do Ouro, isto é, séculos XVII e XVIII (CURI, 2010). De Caeté, um dos primeiros núcleos de povoação do estado, a lepra teria acompanhado as picadas e as ocupações de novos territórios. A respeito disso, Auguste de Saint-Hilaire (1975), faz descrição da doença, também chamada de morfeia, no referido município.

*Um homem atacado de morféia foi mordido por um cão raivoso. Quando se manifestaram os primeiros terríveis sintomas da doença prenderam-no dentro de um quartinho. Sua mulher, ao lhe levar a comida, horrorizou-se com o seu estado e saiu correndo, deixando aberta a porta do quarto. O doente fugiu e se pôs a correr pelos campos. Algumas horas mais tarde ele reapareceu, inteiramente calmo, dizendo que tinha sido mordido por uma cascavel e pedindo a presença de um padre. Confessou-se com ele, completamente lúcido. A ferida causada pela mordida da cobra foi medicada com amoníaco. A partir desse momento cessaram todos os sintomas da hidrofobia, e passado algum tempo a lepra desapareceu completamente (SAINT- HILARIE, 1975, p. 88).*

Observa-se que o viajante faz descrição de cura da lepra por picada de cobra. Nessa época, era comum a associação das doenças aos hábitos alimentares, à

climatologia e às intempéries da natureza. Nas Minas Gerais, durante século XVIII, acreditava-se que muitas das enfermidades que afligiam os indivíduos estavam relacionadas à influência do clima e do meio-ambiente.

Luiz Gomes Ferreira, cirurgião que atuou em Minas Gerais, escreveu no *Erário Mineral*, publicado em 1735, que a água, o clima e a dieta dos habitantes das Minas, eram aspectos relevantes para o surgimento e tratamento das doenças. No mesmo livro, composto de tratados, o Tratado XI, se dedica exclusivamente aos venenos e as mordeduras venenosas; a mordida de víbora aparece tanto como veneno quanto remédio (FERREIRA, 2002).

Em meados do século XIX, o viajante Francis Burton Richard, faz alusão à lepra durante viagem do Rio de Janeiro a Morro Velho. Descreve que a doença começa com a descoloração, transformando a pele na cor parda e termina com a maceração dos membros, necrose dos ossos e morte. Explica a lepra pela hereditariedade e pela alimentação - carne de porco e mistura de peixe com leite. Leva ao conhecimento uma possível tentativa de cura: “Todas as drogas foram experimentadas para deter o seu progresso, até mesmo a mordedura de cobra” (RICHARD, 2001, p.465).

Segundo a tradição do Velho Testamento, acreditava-se, no Brasil, que a principal causa da lepra era o consumo frequente de carne de porco. O viajante Richard também tinha essa concepção de contágio da doença. Tschudi (2008), porém, não acreditava nisso, pois, para ele, caso fosse verdade, a lepra seria ainda mais difundida do que era, já que a carne de porco era o principal alimento da classe média na província de Minas. Para esse viajante, no Brasil, a doença encontrou terreno favorável para seu desenvolvimento e expansão. O clima quente e úmido, alimentos apodrecidos e muito salgados, sujeira e uma grande disposição dos nativos para doenças de pele estimularam o aparecimento da lepra. “No entanto, a verdadeira causa desse terrível mal ainda se encontra envolta em trevas” (TSCHUDI, 2008, pág 46).

Passando pelo sertão mineiro, no final do século XVIII e início do século XIX, Saint-Hilaire relata também que, nas partes altas do deserto mineiro, a lepra não era rara. Indo ao encontro desse relato, o viajante Tschudi (2008) descreve a doença no sertão mineiro, especificamente em Diamantina- Alto Jequitinhonha. Segundo ele, nessa cidade, havia duas famílias que sofriam de lepra e ele viu uma moça de 21 anos sucumbir pela doença, com dores terríveis.

*Atualmente, duas famílias na cidade sofrem de lepra (mal de lázaro- ou mal morfético). A doença foi transmitida por contágio direto, isto é, por meio do casamento. Durante minha estadia, uma moça de 21 anos sucumbiu a essa doença horripilante com dores terríveis. A lepra, atualmente rara na Europa Central, ocorre com frequência no interior do Brasil e é um flagelo para a população (TSCHUDI, 2008, p. 45).*

Tschudi (2008) afirma que naquela época a lepra era rara na Europa Central, porém ocorria com frequência no interior do Brasil. Contrariando os relatos dos governos mineiros durante o Segundo Reinado, o viajante diz que existiam em muitas cidades os próprios hospitais para leprosos. Porém, muitas pessoas que sofriam dessa doença moravam em suas próprias casas.

No século XIX, o Nordeste Mineiro foi ocupado por frentes militares que desencadearam o povoamento do Baixo e Médio Jequitinhonha (RIBEIRO, 1999). Após a ocupação militar sucedeu a concessão de terras na margem do rio a colonos vindos das povoações próximas do Termo de Minas Novas. Saint-Hilaire, ao passar por Minas Novas, leste mineiro, nos chama a atenção para possíveis doenças do local. Segundo ele, a região era bastante salubre, tendo em vista as excelentes águas que ali se bebiam e o ar puro que a permeava. Todavia, a paralisia, a elefantiasis (um dos nomes dado à hanseníase na época) e o bócio eram comuns na região (SAINT-HILAIRE, 1975).

Em meados do século XIX, o Brasil ingressa em outro período, denominado Segundo Reinado, que durou até 1889 (FAUSTO, 1996). Do ponto de vista socioeconômico, aos poucos o polo dinâmico do país foi deslocado do Nordeste para o Centro-sul. Em função da política cafeeira, aparelharam-se novos portos, criaram-se empregos e novos mecanismos de créditos. Em meio a esse cenário, a expansão de Minas Gerais continuava a acontecer, havendo um deslocamento populacional do norte de Minas e Vale do Jequitinhonha para a mata do Mucuri (ACHTSCHIM, 2009).

Tschudi (2008), fala sobre a inexistência de doenças endêmicas no Alto Mucuri. Segundo ele, não existiam doenças endêmicas nesse local, como acontecia na parte baixa do rio. As doenças que acometiam os colonos eram causadas por seu modo de vida e atingiam principalmente o aparelho digestivo. As feridas eram relacionadas a picadas de mosquitos, moscas e carrapatos, ou a arranhões com espinhos, farpas, entre outros. Além disso, a falta de limpeza e a coceira irritavam e inflamavam as feridas, culminando em abscessos purulentos, ocorrendo com mais frequência nas pernas e nos

pés. Essas feridas foram observadas pelo viajante não somente nos colonos, mas também nos chineses e negros, “quase sempre com dimensões monstruosas” (TSCHUDI, 2008, p. 225).

Cabe salientar que, nessa época, os sinais e sintomas da lepra estavam obscuros e que outras doenças poderiam ser confundidas com esta. Além disso, sabe-se que os negros foram importantes disseminadores da doença no Brasil. Assim, por meio de inventários, Martins (2004) levanta a hipótese de negros acometidos pela lepra:

*Francisco, de nação, 30 anos, e Adão, de 14 anos, escravos de Silvério de Aguiar da Silva e Florêncio, escravo de Joaquim Ferreira de Camargo, sofriam "achagues de gota". No Sítio Taquaral, de Joaquim Guedes Barreto, havia vários escravos doentes. João, monjolo, tinha as "mãos desmanchadas" e Paulo era "torto" e com uma "mão desmanchada". Manoel era "ébrio" com "desmancho nos pés". Estariam esses escravos com lepra? É bem possível que sim (MARTINS, 2004, p.5).*

Embora não utilize os termos pelos quais a lepra era conhecida, as referências aos escravos com “mãos desmanchadas” e “desmanchos nos pés” são facilmente associadas às fases avançadas da doença.

Ressalta-se a importância da colonização e do tráfico negreiro para a disseminação da lepra no Nordeste de Minas Gerais, pois, à medida que as terras foram ocupadas, aumentou-se a chance de proliferação da doença. Além dos negros, os europeus também tiveram papel importante na disseminação da lepra na região. Assim, em Teófilo Otoni, observou-se que o número de leprosos aumentou com a chegada de imigrantes alemães. Como colonos agrícolas, estes mantinham contato freqüente com inúmeras pessoas que tiveram neles a sua fonte de contágio (DEL FAVERO, 1943).

Dessa forma, a migração freqüente observada no século XIX no Nordeste de Minas Gerais, foi primordial para a disseminação da lepra. Os movimentos migratórios permitiram o deslocamento da moléstia, desde o núcleo povoador de Minas, até os municípios do Vale do Mucuri, um dos últimos locais de povoação do Nordeste de Minas Gerais. Além disso, o aumento do número de casos esteve relacionado ao desenvolvimento do espaço, com a criação de centros de convivência e foco nos trabalhos agrícolas. As pessoas acometidas, no entanto não tinham onde se refugiar, eram alvos de discriminação da sociedade e sofriam com a segregação social.

O viajante Tshudi faz uma das primeiras descrições sobre o isolamento dos “leprosos” no sertão mineiro. Segundo ele, as pessoas acometidas pela lepra viviam isoladas, muitas vezes em choupanas na periferia das cidades, sendo vistos “quase como morto-vivos” (TSCHUDI, 2008, p.45). Enquanto a moléstia estava no estágio de “endurecimento nodular”, o doente podia ainda se considerar membro da sociedade, mas à medida que ela avançava e os nódulos começavam a se abrir, podia se considerar excluído. “Torna-se um sujeito abominável, digno de pena e nojo” (TSCHUDI, 2008, p.45).

O que se percebe é que, nesse momento, a lepra, não era um problema de estado. O tratamento da doença ficava a cargo da sabedoria popular e a segregação do doente pela sociedade era inevitável, devido ao preconceito existente. Como em outros lugares do mundo, medo, preconceito e repulsa a essas pessoas faziam com que fossem excluídas da sociedade. No século XX, no entanto, essa realidade sofre mudanças e a intervenção governamental se torna presente.

## **6 EXPRESSÕES POLÍTICAS DE COMBATE À LEPROSA NO NORDESTE DE MINAS GERAIS**

### **6.1 Combate à lepra no Nordeste de Minas Gerais: os censos extensivos de lepra**

O combate à lepra no Nordeste de Minas Gerais não se desvinculou das políticas de profilaxia da doença do estado e da União. As primeiras medidas para o seu controle ocorrem no século XX, com o surgimento do isolamento compulsório. É notório, como visto em capítulo anterior, que a falta de assistência e controle da lepra, desde seu surgimento na região, permitiu a disseminação da doença ao longo dos anos, o que refletiu no número alto de casos positivos diagnosticados, como será visto no decorrer deste capítulo.

Até 1918, os serviços de saúde do Nordeste mineiro eram desorganizados e se resumiam ao controle focal de epidemias que assolavam a região. A assistência aos doentes ficava a cargo das Santas Casas de Misericórdia que, nessa época, mais que um espaço de cura médica, era um pouso para alimentar as pessoas e oferecer-lhes descanso (FERNANDES, 2009).

*As Misericórdias tornaram-se instituições dedicadas à assistência da população carente, geralmente implantadas junto das Câmaras, e*

*mantiveram em todo império lusitano, inclusive no Brasil colonial, hospitais congêneres. Absorveram em grande parte a tarefa caridosa e assistencialista da lida com os leprosos e contribuíram para, via caridade, efetivar o lugar de exclusão reservado aos leprosos naquele período (CURI, 2010, p. 180).*

Nos documentos das Santas Casas do Nordeste de Minas Gerais, não foram encontradas referências à lepra, embora, segundo a descrição acima, tenham contribuído para a “assistência” aos leprosos. Pelo contrário, nos relatórios das Santas Casas, descrições de doenças como gastrite, sífilis, diarreia, pneumonia, varíola e malária eram encontradas com frequência, como constatado em relatórios dos municípios de Minas Novas, Araçuaí e Jequitinhonha, entregues à Secretaria do Interior (OLIVEIRA, 1903).

Em 1908, o município de Araçuaí, por meio da Secretaria da Câmara Municipal, envia um relatório ao Secretário do Interior de Minas Gerais, no qual pede que se reponha o total de trezentos e oitenta mil e trezentos reis, gastos com o socorro de 31 variolosos indigentes, como demonstrado no trecho abaixo (PINTO, 1908). Em 1917, no município de Jequitinhonha, vizinho a Araçuaí, há relato de epidemia de malária pelo médico Arnaldo Carvalho (CARVALHO, 1917).

*Tendo em vista as enclusas contas na importância de trezentos e oitenta mil e trezentos reis de despesas feitas pela comissão por mim incumbida de socorrer os variolosos indigentes na povoação da Itinga deste Município e verificando não só a exatidão das contas, como a exigüidade da importância despendida attento a numero de 31 variolosos socorridos, mandei effectar o pagamento pelo cofre da municipalidade, e por adiantamento ao Estado de accordo com a autorização que me foi dada em telegramma e officio ao 2º secção de numero 31 de 28 de outubro de 1907. Transmitindo pois, a Vossa Excelência as referidas contas, assim como o recibo passado pela comissão, peço pela expedida ordem a Calletoria desta cidade, a fim de ser a Camara Municipal reembolçada da quantia despendida. Continua infelizmente agrassar a varíola no município, e irei remetendo opportunamente os contos que forem apresentados pelas demais comissões (PINTO, 1908, s/p).*

Apesar de se fazer referência às epidemias que acometiam a região, nada se constata sobre as medidas de controle adotadas pelos governantes locais e estaduais.

Percebe-se que, como descrito por Teixeira (2012), não havia, no início do século XX, uma estrutura estadual de prevenção às doenças, ficando o custeio da saúde direcionado aos casos de socorros públicos nas epidemias.

Em análise das condições de saúde de Minas Gerais nesse período, Torres (2007) descreve que o serviço sanitário no território mineiro foi reestruturado em 1910. Porém, não houve mudança significativa na atuação do governo em relação à saúde, ficando a saúde pública restrita à fiscalização de gêneros, fornecimento de soros e vacinas e do socorro público em caso de epidemias.

Em 1918, o estado de Minas Gerais assume novos rumos em relação aos problemas sanitários que o assolavam, ao firmar contrato entre a Diretoria de Higiene e a Fundação Rockefeller, e criar o serviço de Profilaxia Rural do estado. Nessa época, já se atentava para as questões de higiene como impeditivas do progresso econômico do estado (AGRICOLA, 1930). Uma das mudanças mais importantes foi a incorporação das doenças endêmicas e não só epidêmicas nos programas de saúde. Dessa forma, deu-se atenção a problemas antigos e negligenciados como as verminoses e a lepra.

No que compete à lepra, essa parceria trouxe ganho para as políticas de controle, já que foi incluída como doença-alvo a ser combatida. Ressalta-se que o problema da lepra já havia sido colocado em pauta em âmbito nacional, com a criação da Comissão de Profilaxia da Lepra, em 1915.

Minas Gerais, no desenvolvimento do programa de saneamento rural, adotou, como regra, a fundação de postos de saúde, em várias regiões afastadas e de índice endêmico elevado, de maior densidade populacional e riqueza econômica. Na cidade de Teófilo Otoni, em 1928, já funcionava um centro de saúde (VILARINO, 2008).

Apesar da criação do serviço de Profilaxia Rural, percebe-se que o descaso com a saúde ainda era presente em algumas regiões do Nordeste de Minas Gerais, como constatado em relatos de ex-moradores das cidades de Salinas e Pedra Azul, nas décadas de 1940-1950.

*Minha mãe nasceu, sobreviveu com a misericórdia divina [a mãe do entrevistado nasceu pré-matura e não teve assistência médica]. Veja bem, eu vivi num lugar até os 12 anos, que não tinha relógio, não tinha rádio, não tinha ligação com o mundo em parte nenhuma. Pra te dizer uma verdade, a gente não tinha nem um dentista pra cuidar de um dente podre. A gente cuidava, sofria muita dor quando era menino” (ENTREVISTADO 1). “Nós não*

*tínhamos nem como ir ao médico. Porque era distante da cidade, era muito longe” (ENTREVISTADO 2).*

Internados na Colônia Santa Isabel, no ano de 1957, os entrevistados mostram a persistência das condições adversas para a atenção à saúde na região. Artur Neiva e Belisário Pena denunciavam o descaso com o sertanejo, acusando o governo federal de reconhecer os cidadãos somente nas cobranças de impostos. “O atraso do país não seria mais atribuído às suas condições raciais e climáticas, mas antes ao abandono vivenciado pela população” (CARVALHO, 2008, p. 29).

Nesse cenário, o Brasil foi descoberto pelo higienismo, nas primeiras décadas do século XX, dando início às grandes campanhas sanitárias. “A saúde passou a ser tratada como responsabilidade do poder público, quando este tomou consciência das doenças contagiosas. As condições de saúde de uma pessoa não era problema privado; pelo contrário, era um problema do mundo público” (CARVALHO, 2008, p. 29).

A lepra, como integrante do grupo de endemias brasileiras, também passou a ser alvo de combate dos sanitaristas no início do século XX. Nessa época, a ênfase dada à saúde pública era inédita na história brasileira e o problema da lepra era considerado grave no país. Os surtos epidêmicos contribuíram para a preocupação crescente dos órgãos federais, como também para consolidar o apoio social (CURI, 2010).

Seguindo as mudanças no quadro sanitário brasileiro, no ano de 1920, criou-se o Departamento Nacional de Saúde Pública. Esse órgão foi responsável pela criação da Inspeção de Lepra e Doenças Venéreas, destinada à campanha contra a lepra no país. Dentre as medidas da Inspeção, destacam-se a notificação compulsória da doença, o isolamento nosocomial em estabelecimentos fundados pelo governo federal, estadual ou municipal ou por associações privadas ou por pessoas físicas (BRASIL, 1920).

As primeiras expressões políticas de controle à lepra no Nordeste de Minas Gerais apareceram em 1926 - nesse ano, foram diagnosticados 23 casos da doença. Não se sabe, porém, se os diagnósticos dos casos positivos foram feitos a partir de denúncias ou por busca ativa pois essas informações não constam dos documentos oficiais. Acredita-se que os centros de saúde e postos de higiene dos municípios tenham contribuído para esse levantamento.

Além dos serviços permanentes de saúde, os serviços da Comissão de Profilaxia Rural, atuantes nas diversas zonas do estado- principalmente nas de maior valor econômico, maior índice endêmico e densidade populacional- podem ter contribuído

para o número de doentes encontrados (BERNARDES, 1921). Maciel (2007) afirma que o primeiro levantamento do número de leprosos de Minas Gerais foi feito por meio dos serviços de saúde pública da era João de Barros Barreto, sanitarista e diretor do Departamento Nacional de Saúde.

Os dados, porém não implicaram em estruturação de uma política de controle efetiva contra a lepra. Constatou-se apenas a presença de doentes na região sem, contudo, se estabelecerem as medidas de prevenção e tratamento. Em âmbito nacional, os anos que se seguiram foram de pouca atuação da Inspeção de Profilaxia da Lepra e Doenças Venéreas.

De 1848 a 1900, são poucos os dados sobre a incidência da lepra em Minas Gerais. Apenas se dizia que era muito frequente no estado, como também em São Paulo, Rio de Janeiro, Goiás, Pará, Maranhão, Pernambuco e Bahia. Contudo, o número de doentes continuou aumentando em Minas, afirmando sua endemicidade e a referência para “tratamento” e isolamento do doente era somente o Hospital de Sabará (ORSINI, 1940).

Em 1937, a lepra já era acometimento grave no estado de Minas Gerais. Diante do agravo, criaram-se, nesse ano, o Serviço de Profilaxia e o Centro de Estudos contra a Lepra (CARVALHO, 2008). Cabe assinalar que Minas Gerais e São Paulo se destacaram nas ações de combate à doença no país. Nos anos em que o governo federal se tornou silencioso para o problema, o governo de Minas se preocupava em construir leprosários e realizar estudos epidemiológicos para o levantamento real do número de doentes no estado.

Em 1930, Getúlio Vargas assumiu a presidência do Brasil e criou o Ministério da Educação e Saúde Pública cujo ministro foi Gustavo Capanema. Com a criação de um novo órgão responsável pela saúde no país, houve destituição do Departamento Nacional de Saúde Pública e a formulação, entre outras ações, do Plano Nacional de Combate à Lepra. Esse plano pretendia elaborar pesquisas, realizar censos, refazer a legislação existente e regular algumas práticas, como o isolamento, que era apenas recomendado, além de uniformizar nacionalmente a administração dos leprosários (MACIEL, 2007).

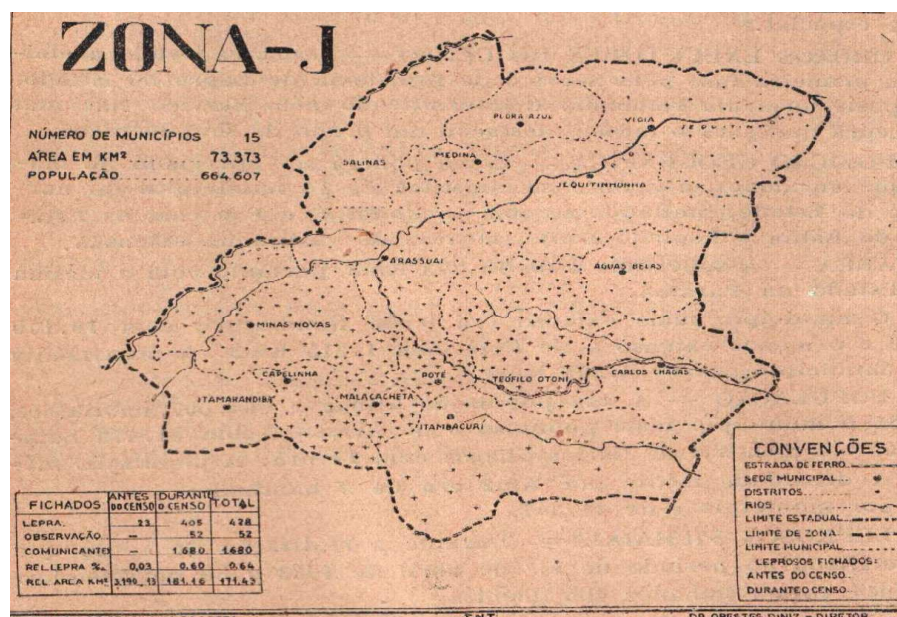
Sob o Decreto-lei nº 3171, o governo federal reorganizou o Departamento Nacional de Saúde, do Ministério da Educação e Saúde. Esse Departamento estabeleceu os serviços nacionais para doenças específicas, como febre amarela, malária, câncer,

tuberculose, lepra e doenças mentais. Nesse contexto, foi criado o Serviço Nacional de Lepra (SNL), órgão responsável pela orientação técnica, coordenação e controle das atividades públicas e privadas relativas à lepra (OPROMOLLA; LAURENTI, 2011).

No Nordeste de Minas Gerais, no ano de 1930, ocorreu o que se denomina neste trabalho, primeiro censo de lepra na região, contudo não houve acerto técnico da metodologia empregada e o censo mostrou-se pouco efetivo. Assim, de 1938 a 1944, com a estruturação do Serviço de Profilaxia da Lepra do estado de Minas Gerais e a criação do serviço Nacional de Lepra, ocorreu o segundo censo de lepra em Minas, chamado de censo extensivo de lepra. Cabe ressaltar que esteve embasado em metodologia estruturada, sendo, portanto mais efetivo que o segundo.

Para o êxito do censo extensivo proposto, procurou-se, primeiramente, fazer um planejamento estratégico das regiões a serem percorridas. Além disso, houve treinamento dos médicos leprologistas responsáveis pelos censos. O treinamento visava, esclarecer as ações adotadas frente ao diagnóstico do doente, como encaminhamento dos casos positivos e acompanhamento dos comunicantes. Foi executado pelo Serviço de Profilaxia de Lepra do estado de Minas Gerais (na primeira fase) e pelo Serviço Nacional de Lepra (na segunda fase), com duração de seis anos (BRASIL, 1957).

De forma a otimizar os trabalhos propostos pelo censo extensivo, o estado de Minas Gerais foi dividido em quatro regiões e 14 zonas (de A a O) para que, em cada uma delas, pudesse se verificar simultaneamente o inquérito epidemiológico. O Nordeste de Minas Gerais foi alocado na zona J, como se vê no mapa 4, que abrangeu os municípios de Pedra Azul, Salinas, Itamarandiba, Almenara (antiga Vigia), Carlos Chagas, Águas Formosas (antiga Águas Belas), Itambacurí, Jequitinhonha, Araçuaí, Poté, Minas Novas, Medina, Capelinha, Malacacheta e Teófilo Otoni (BRASIL, 1957). Limitou-se com as zonas G e E e com os Estados da Bahia e Espírito Santo (DINIZ, 1944).



MAPA 4- Zona J.

Fonte: Diniz, 1944, p. 4.

Observa-se, no mapa anterior, que a zona J foi composta por 15 municípios, totalizando uma área de 73.373 Km<sup>2</sup> e 664.607 habitantes. Foram fichados 405 doentes e 1680 comunicantes. Esses dados demonstram melhora da metodologia de busca ativa dos doentes, já que, em comparação ao primeiro levantamento, no ano de 1926, houve um aumento de 17 vezes no número de doentes diagnosticados, além de haver a preocupação com os comunicantes, algo não visto anteriormente.

O município mais populoso era o de Araçuaí com 81.472 habitantes e o menos populoso o de Carlos Chagas com 14.015 habitantes. A população média por município foi de 44.307 habitantes e a densidade média por Km<sup>2</sup> foi de 9 habitantes (DINIZ, 1944). Considerando-se os índices parciais de doentes dos municípios componentes da zona J, verifica-se que o mais elevado era o de Teófilo Otoni com 1,32 por mil habitantes e o menos elevado era o de Pedra Azul com 0,11 por mil habitantes. Quanto à incidência parcial por área, Pedra Azul ainda foi o menos atingido, com um doente por 1.016,66 Km<sup>2</sup> e Teófilo Otoni apresentava um doente por 51,47Km<sup>2</sup> (DINIZ, 1944).

Os leprólogos responsáveis pelo censo foram os Drs. Sebastião Ferreira de Araujo, Wandick Del Favero, Célio de Paula Mota, Inácio Tostes A. Martins e Américo V. Rabelo Neto, todos técnicos do Serviço Nacional de Lepra. Alguns doentes foram fichados por médicos do Serviço de Lepra do estado de Minas Gerais (DINIZ, 1944).

Abaixo, a relação de doentes encontrados no período de execução do censo extensivo de lepra da zona J (Figura 4).

Nº de ordem	Municípios	Superfície Km²	População	Doentes fichados			Índice por 1.000 habitantes		
				Antes (1926)	No censo (1938 - 1944)	Total	Antes	No censo	Total
1	Pedra Azul	3.050	25.780	0	3	3	-	0,11	0,11
2	Salinas	5.910	76.094	0	16	16	-	0,21	0,21
3	Itamarandiba	3.875	23.211	0	9	9	-	0,27	0,27
4	Vigia	7.780	59.685	2	21	23	0,03	0,35	0,38
5	Carlos Chagas	5.430	14.015	3	6	9	0,31	0,48	0,64
6	Águas Belas	3.350	24.900	0	11	11	-	0,44	0,44
7	Itambacurí	10.170	47.882	1	23	24	0,02	0,48	0,50
8	Jequitinhonha	7.811	48.955	0	24	24	-	0,49	0,49
9	Arassuaí	6,203	81.472	3	47	50	0,03	0,57	0,61
10	Pote	1.315	35.017	0	24	24	-	0,68	0,68
11	Minas Novas	6.615	69.749	1	50	51	0,01	0,71	0,72
12	Medina	1.828	23.234	0	20	20	-	0,86	0,86
13	Capelinha	2.424	28.104	2	25	27	0,07	0,88	0,95
14	Malacacheta	2.162	32.978	1	42	43	0,03	1,27	1,30
15	Teófilo Otoni	6.650	63.531	10	84	94	0,15	1,32	1,47
<b>Total</b>		<b>73.373</b>	<b>664.507</b>	<b>23</b>	<b>405</b>	<b>428</b>	<b>0,03</b>	<b>0,60</b>	<b>0,64</b>

FIGURA 4- Fichamento geral de leprosos na zona J no período de 1926 a setembro de 1944.

Fonte: Orestes, 1944, p. 4.

Anterior ao ano de 1938, eram conhecidos na região 23 casos de lepra e, durante a realização do censo, foram fichados 405 doentes, totalizando 428 leprosos até o ano de

1944. Quanto aos índices, tem-se os seguintes parâmetros: 1) área- antes do censo havia um doente para 3.190,13Km<sup>2</sup>, durante o censo houve um doente para 181,16 Km<sup>2</sup>. 2) população- antes do censo havia 0,03 doente por mil habitantes, durante o censo 0,60 doente por mil habitantes. Totalizando o cadastramento de 0,64 doente por mil habitantes.

Abaixo, serão descritos os resultados individuais do censo 1938-1944 dos municípios de Itambacuri, Teófilo Otoni, Almenara e Poté. Esses dados foram enviados por leprólogos responsáveis pelos censos dos referidos locais e publicados nos Arquivos Mineiros de Leprologia e Boletim do Serviço Nacional de Lepra. Cabe ressaltar que os relatórios se diferenciaram de leprologista para leprologista.

#### a) Itambacuri

Itambacuri limita-se, a leste, pelo estado do Espírito Santo; ao norte, pelos municípios de Carlos Chagas, Teófilo Otoni e Poté; a oeste, pelo município de Governador Valadares e Conselheiro Pena, ao sul. Possuía, nessa época, uma área de 10.170 Km<sup>2</sup> e população de 47.882 habitantes.

Rabello; Martins (1944) descrevem que Itambacuri, além da presença da lepra, vivenciava epidemias de varíola, malária, leishmaniose e tifo, bem como de febres desconhecidas, que matavam em 48 horas.

Ao final do censo extensivo, obtiveram-se 84 leprosos denunciados, dos quais 17 foram fichados como positivos, 57 como negativos e 10 suspeitos, além de 140 comunicantes fichados. A maior incidência de doentes recaiu na faixa etária de 30 a 40 anos, porém a doença havia se manifestado na faixa etária de 10 a 29 anos. O sexo masculino foi predominante, com 94,1% dos casos positivos. A respeito da profissão, lavrador foi a profissão com maior número de casos, com 70,4% de doentes. Sobre o estado civil, encontrou-se que 76,4% dos casos positivos eram de casados (RABELLO; MARTINS, 1944).

Pela descrição dos dados, conclui-se que, antes de se realizar o censo extensivo, o leprólogo dispunha de denúncias sobre os doentes na região. Essas denúncias vir da própria população, que agia por medo ou por solidariedade, como também dos serviços de saúde locais.

A faixa etária de maior acometimento da lepra e a profissão predominante nos casos diagnosticados assemelham-se aos dados encontrados na região como um todo, como será visto adiante. O longo período de incubação da doença, entre dois a sete anos, explica o aparecimento dos sintomas na faixa etária de 30 a 40 anos, apesar dos relatados da época de infecção se direcionarem para idades menores.

Além dos dados epidemiológicos, os médicos leprologistas Rabello e Martins fizeram considerações a respeito do comportamento da população. Eles se disseram preocupados com a falta de escrúpulos e receios, principalmente dos habitantes rurais. Mesmo avisados do perigo do contágio, os habitantes continuaram visitando os doentes com a alegação de “quem guarda é Deus”. Por isso, foram citadas algumas providências: recolhimento imediato dos hansenianos às Colônias; reexame periódico dos comunicantes e suspeitos; notificação compulsória por parte dos médicos clínicos civis e militares; controle dos preparados chalmogricos; exame médico pré-nupcial; campanha educacional sobre a transmissão de imóveis e educação sanitária das populações (RABELLO; MARTINS, 1944).

Chama-se atenção para o discurso médico evidenciado no relato de Rabello e Martins. Acredita-se que ao mencionarem a falta de “escrúpulos” dos indivíduos, alegando que “quem guardava era Deus”, há uma tentativa de se justificar o internamento compulsório dos doentes. Sabe-se que nesta época existia o estigma e preconceito por parte das pessoas sadias e por isto julga-se não ser comum tratarem a lepra com banalidade, pelo contrário, na maioria das vezes os doentes eram evitados e excluídos da sociedade.

Discurso semelhante ocorreu no século XIX por parte do médico norueguês Gerhard Henrik Armauer Hansen. Para esse médico, “doentes em potencial” associavam a lepra a uma imposição divina, contra a qual não cabiam quaisquer questionamentos, e por isso muitos viviam em promiscuidade (BECHLER, 2011). Para tanto, avalia-se que tal perspectiva da doença refletiu nas condutas adotadas no Brasil no século XX e serviram para justificar a medida mais viável de profilaxia da lepra: o isolamento social.

#### b) Teófilo Otoni

O município de Teófilo Otoni limitava-se, ao norte, com os municípios de Jequitinhonha e Araçuaí; ao leste, com os municípios de Águas Belas e Carlos Chagas;

ao sul, com Itambacuri e, ao oeste, com Poté e Araçuaí. Tinha, em 1944, uma população de 63.531 indivíduos, destacando um grande número de alemães, sírios e italianos (DEL FAVERO, 1943).

Possuía, nessa época, 15 médicos, quatro farmácias, um centro de saúde, um Posto de Framboesia (nome dado à boubá- doença infecciosa, que causa lesões na pele), uma Santa Casa, uma Casa de Saúde, um sanatório para tuberculosos e um albergue para boubáticos. Além da lepra, outras epidemias foram citadas pelo leprologista Del Favero, tais como framboesia ou catita/bouba, leishmaniose, ancilostomose e esquistossomose (DEL FAVERO, 1943).

Esse município diferenciou-se dos demais, pois, como visto no capítulo “Ocupação do espaço e sua relação com a progressão da lepra no Nordeste de Minas Gerais”, Teófilo Otoni, por causa da estrada de ferro, tornou polo regional, transformando-se no principal ponto de ligação do interior do Nordeste de Minas Gerais ao litoral e principais mercados nacionais e internacionais. Devido a seu desenvolvimento e destaque regional, valia para esse município, o ideal higienista, predominante no Brasil desde o final do século XIX e início do século XX. Tal modelo centrava-se na saúde pública, educação e ensino de novos hábitos (HOCHMAN; LIMA, 1996).

Antes do censo, com a ajuda do Centro de Saúde local, haviam sido diagnosticados 37 leprosos, dos quais a maioria havia sido internada na Colônia Santa Izabel. Durante o censo, foram diagnosticados 52 doentes, concentrados na faixa etária de 20 a 49 anos. A maioria era do sexo masculino, 69,2%, e casados, 63,4%. A profissão predominante era lavrador, 42,3%. Quanto ao grau de instrução, 88,4% eram analfabetos. Também foram fichados 211 comunicantes (DEL FAVERO, 1943).

Ao final do censo, o leprólogo Del Favero faz suas considerações. Segundo ele, a escassez de vias de comunicação dificultaram o censo e também iriam dificultar o isolamento dos doentes. Além disso, foi generalizada a resistência ao exame, sendo pior na cidade e zonas suburbanas em que os suspeitos adiavam os exames ou fugiam. “Recebiam o exame não como uma necessidade mas como uma humilhação” (DEL FAVERO, 1943, p. 46).

*O exame clínico de alguns comunicantes ficou prejudicado, em virtude de terem o corpo literalmente coberto de pústulas de alastrim ou varicela; em razão do excessivo pudor das pessoas do sexo feminino e ainda devido ao*

*fato de muitos desconhecerem o uso de água e sabão. Também foi impossível, em alguns casos, a colheita de material de alguns comunicantes. Ao verem retirar o material em uma das pessoas da casa, “saíam correndo pela mata a dentro (DEL FAVERO, 1943, p. 46).*

O medo do diagnóstico e as fugas, em muitos casos, relacionavam-se ao estigma carregado pelo doente de lepra, independente do local de diagnóstico. Para esse contexto, adota-se o conceito de estigma como uma categoria de pessoas cuja identidade social não atende às exigências de percepção das pessoas normais (GOFFMAN, 1993). Assim, o medo do preconceito imposto pela população sadia e as consequências do diagnóstico, como o isolamento social, levaram a população a evitar o exame.

#### c) Almenara

O município de Almenara, antiga Vigia, possuía uma área de 7.780 Km<sup>2</sup>. Limitava-se ao norte e ao leste com Bahia; ao sul, com o município de Jequitinhonha e, a oeste, com Fortaleza. Estava dividido em sete distritos: Vigia, Bandeira, Jacinto, Palestina, Santo Grande, Rubim e Pedra Grande (ARAÚJO, 1944).

A localização dos doentes da região foi feita com base em denúncias recebidas pelo leprólogo Araújo. Foram fichados 30 comunicantes e 19 leprosos. Quinze leprosos eram adultos (11 do sexo masculino e quatro do feminino) e quatro eram crianças. Além desse município, o leprólogo cita a existência de 21 doentes encontrados no município de Jequitinhonha (ARAÚJO, 1944).

O leprologista Araújo descreve, na maior parte do seu relatório, os problemas operacionais que enfrentou durante a execução do censo extensivo de lepra. Houve dificuldade na localização de doentes e no deslocamento para áreas rurais. Atribui-se a essas dificuldades o número baixo de casos diagnosticados, bem como a pobreza de informações a respeito dos doentes.

#### d) Poté

O município de Poté tinha, em 1944, uma população de 30.017 habitantes. Limitava-se, ao norte, com os municípios de Teófilo Otoni e Araçuaí. Ao leste, com o

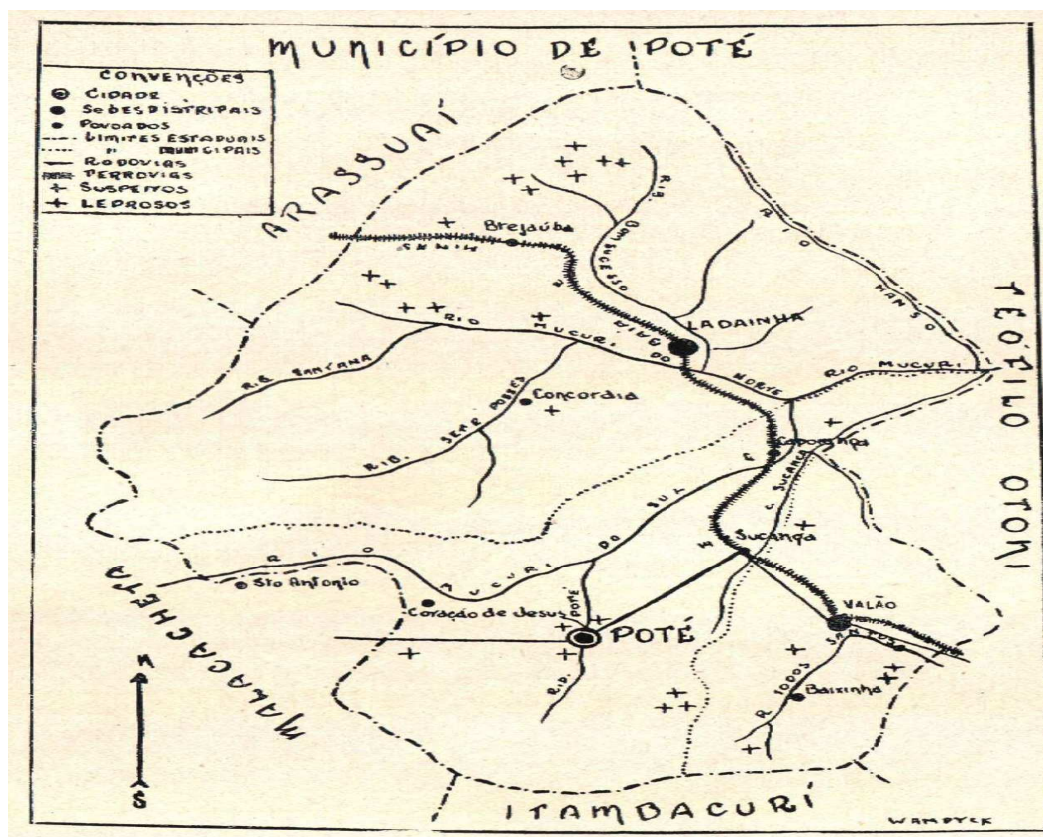
município de Teófilo Otoni; ao sul, com os municípios de Malacacheta e Itambacuri e, ao oeste, com os municípios de Malacacheta e Araçuaí (DEL FAVERO, 1944).

Além da lepra, o médico também descreve o acometimento do município por outras epidemias, como framboésia, ancilóstomos, esquistossomose, leishmaniose e úlcera de Vincent (gengivite ulcerativa). Segundo ele, a framboésia incidia com maior intensidade no sul do município, nas regiões que se limitam com os municípios de Teófilo Otoni e Itambacuri, e diminuía à medida que se caminhava para o norte (DEL FAVERO, 1944).

Durante o censo, foram diagnosticados 25 doentes, principalmente na faixa etária de 20 a 49 anos (56%). A maioria era do sexo masculino (68%) e de naturalidade brasileira (86%). Quanto ao estado civil, 64% eram casados, 20% viúvos e 16% solteiros. A grande maioria, 60%, habitava casas em condições miseráveis e tinham “más” condições financeiras (88%). As profissões prevalentes foram lavradores (60%) e domésticas (28%). E o grau de instrução, para quase todos os doentes, era nulo (96%) (DEL FAVERO, 1944).

O leprologista faz algumas considerações sobre o exame dos doentes. Segundo ele, muitas pessoas recusaram o exame a princípio, mas consentiram posteriormente. Alguns “corriam para a mata ou se escondiam em suas casas”. Fala ainda que a lepra era desconhecida na região, sendo os doentes considerados portadores de framboésia. Em lugares onde era conhecida, muitos não acreditavam em sua contagiosidade; outros acreditavam que o contágio somente acontecia para pessoas de idade inferior à do doente (DEL FAVERO, 1944, p. 56).

Os dados levantados revelam que o município se assemelha aos outros municípios da região, em que foram descritos os censos extensivos de lepra. Da mesma forma, o maior número de diagnósticos esteve na faixa etária de 20 a 49 anos, sexo masculino e entre os lavradores. Abaixo, mapa que demonstra a distribuição dos doentes no território.



MAPA 5- Censo do município de Poté.

Fonte: Del Favero, 1944, p.3.

Percebe-se que o maior número de casos diagnosticados está perto do município de Araçuaí. Esse município desenvolveu-se primeiramente em relação a Poté o que permitiu tempo maior de convívio entre a população sadia e doente e maior progressão da lepra.

Para Diniz, o censo de leproso era um trabalho penoso, repleto de dificuldades, demorado, oneroso, sujeito a falhas inevitáveis, mas de valor básico na organização da luta antileprosa (DINIZ; AGRÍCOLA, 1957). O censo tornou-se expressivo devido à grande quantidade de doentes diagnosticados. Era considerado internacionalmente como uma estratégia eficaz no combate à lepra já que poderia descobrir o doente no início da moléstia (OPAS, 1934). No Nordeste de Minas Gerais, o diagnóstico desencadeava posterior encaminhamento para a Colônia Santa Izabel, de forma que os doentes fossem isolados da população sadia.

Em entrevista com um ex-interno da Colônia Santa Izabel, proveniente da região de Salinas, evidenciou-se o sofrimento do indivíduo arrancado do seio de sua família e encaminhado a um local desconhecido.

*Essa parte, essa história tá na minha mente até hoje (pausa para choro). A gente era uma família muito pobre, mas muito unida, família grande, tipicamente aquela família daquele lugar seco, daquela região pobre, esquecida pelos governantes da época. Essa foi a cena negativa mais forte que eu presenciei na minha vida. A minha mãe, no centro de tudo, ela desesperada, ajoelhada, agarrada na fé dela, ficou ajoelhada no chão pedindo ajuda aos santos da devoção dela (...) Quando eu cheguei eu perguntei...é o fim da viagem ou é o fim da minha vida e dos meus irmãos? A inocência, atordoado já por sono, desconfortável pela viagem, você chega num mundo completamente estranho, entendeu? Era um sofrimento tremendo por uma pessoa ser tirada do seu berço né. Hoje, nós somos reparados por essa injustiça. Nós que resistimos ao tempo (ENTREVISTADO 1).*

Para Gandra Junior (1970), as pessoas acometidas pela lepra sofreram discriminação pois ocorreu o afastamento da sociedade que impossibilitou a interação social dos doentes em níveis comuns a indivíduos sadios. Os doentes foram privados da interação nas instituições sociais, como religião, família, economia, entre outras. Dessa forma, entende-se que o censo de leproso, baseado no isolamento compulsório da época, também foi um fator desencadeante do estigma da lepra na região.

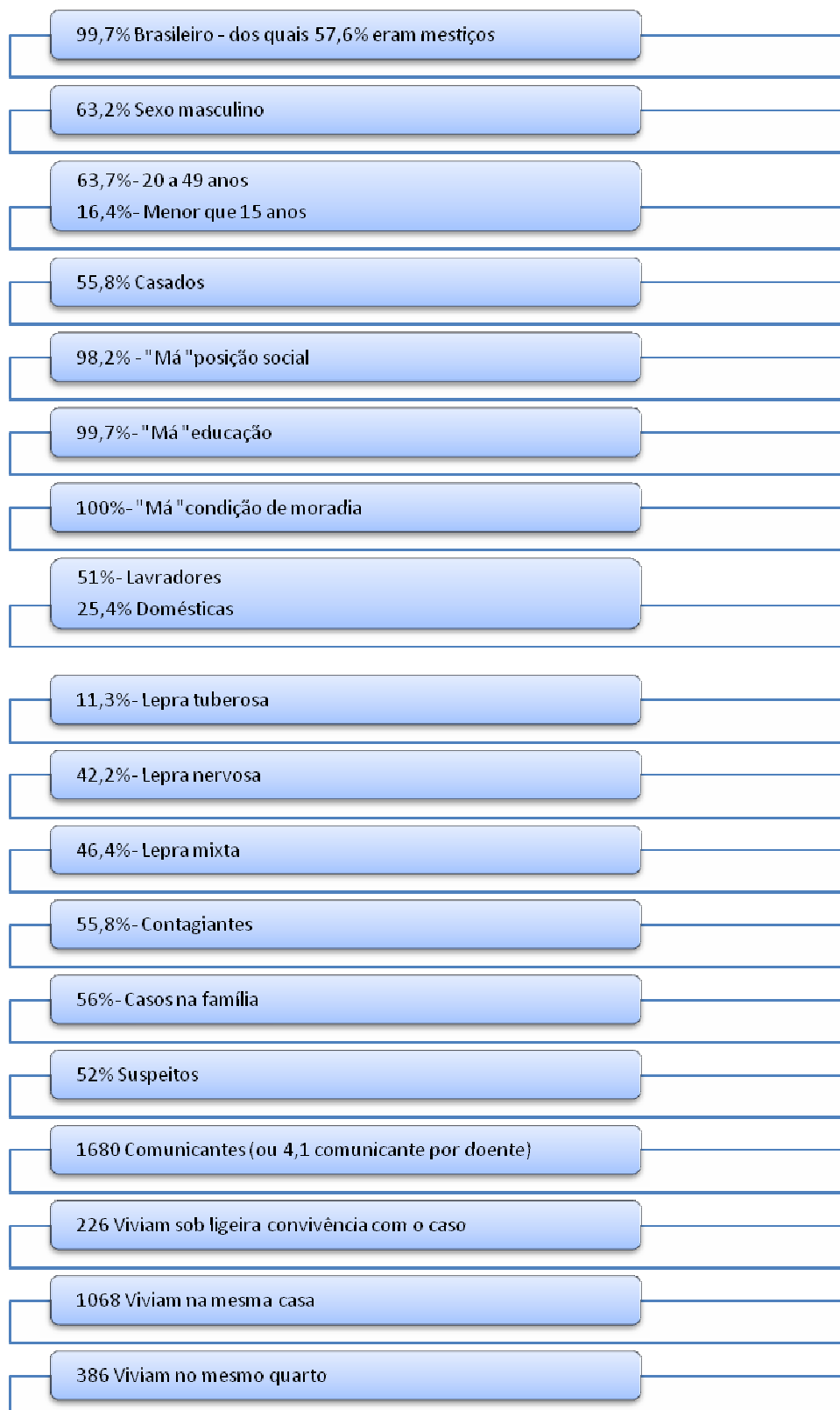
Baseado na epidemiologia e em fins estatísticos, o censo foi uma ferramenta inovadora, capaz de detectar os doentes até então largados à própria sorte. O isolamento compulsório, desencadeado pelo diagnóstico da doença, foi o modo que os estudiosos da época adotaram para controlar a lepra. Contudo, no auge da política de isolamento compulsório, década de 1930 a 1940, tratava-se a doença e não o doente, deixando em segundo plano seu lado social. Dessa forma, a discriminação por parte da sociedade sadia foi inevitável durante toda a história da lepra.

*Eu não sabia quê que era lepra, que hoje chama hanseníase. Eu não sabia de nada, eu era um menino. Eu sei que o que aconteceu a discriminação, as pessoas fugindo de nós (...) A discriminação foi tanta, o terror foi tanto, que, quando nós saímos, pra muita gente foi um alívio. Pessoas falaram “Desses nós estamos livre” e isso, o que me dói é porque falavam...teve pessoas que falou até pra minha mãe, que ela não ia ver os filhos dela mais. Aquilo era torturar uma pessoa que já tava sofrendo demais (...) Quando falava na doença naquela época, eles buscava os doentes em qualquer parte...quando falava na doença eles mandavam rapá (...) A missão deles era buscar nós pra tratar, eles estavam cumprindo a obrigação deles. O que eles disseram, eles mentiam pra todo mundo...isso eles eram orientados a mentir “Pra diminuir sofrimento...daqui seis meses eles estão curado, eles estão tratados e curados e estão aqui de novo” Isso eles orientaram...isso, hoje eu sei que foi uma*

*grande violência, né, mais a gente chega aqui e vai ver que não era assim*  
(ENTREVISTADO 1).

Considera-se relevante, no relato acima, o momento em que o entrevistado diz ter ouvido mentiras por parte dos profissionais que iam buscá-lo. Acredita-se ser uma forma de convencer os doentes a aceitarem o tratamento baseado no isolamento social. Em contrapartida, esses dados não são revelados nos documentos oficiais analisados neste estudo, já que eram escritos por leprologistas e autoridades da época.

Vista a importância do censo extensivo para o estudo da atuação política de lepra no Nordeste de Minas Gerais, julga-se importante descrever outros dados encontrados pelos leprologistas. Abaixo, serão mostrados os dados socioeconômicos levantados e também os dados relativos à doença.



Fonte: Autoria própria.

---

<sup>9</sup> As formas da lepra, descritas nesse documento, são as preconizadas pela época. Assim, segundo Lutz (1887, p. 318), descrevem-se as três formas: 1) Lepra tuberosa- presença de nódulos que acometem membros, tronco, rosto e orelhas, tem coloração róseo-amarela a vermelho-pardacenta; surtos febris; queda parcial ou total dos supercílios; dificuldades diagnósticas não ocorrem nessa forma; 2) Lepra nervosa- pode passar despercebida ou ter diagnóstico errôneo; sintomas limitados à região restrita, se localiza distalmente em todos os membros; o sintoma mais significativo são os processos ulcerativos que atingem tamanha desfiguração que chegam a ser diferenciados em tipo próprio da doença, o da lepra mutilante; surgem parestesias de áreas circunscritas, tal como o dorso do pé, comparáveis a alfinetadas ou formigamento; 3) Lepra mixta ou maculosa- tem ligações muito mais estreitas com a lepra nervosa que com a tuberosa, poderia ser interpretada como modalidade especial da primeira; presença de manchas hiperêmicas, de cor vermelha nos indivíduos de pele branca e escuras nos de pele negra; distribuição simétrica; predominam ora no tronco, ora nas extremidades; a princípio, a presença da mancha se assinala por certo grau de dor espontânea, ao mesmo tempo que se conversa a sensibilidade, havendo formação de uma orla elevada, o centro exibe anestesia ou analgesia.

A princípio, não era de se esperar que a maioria dos doentes fosse de nacionalidade brasileira. Isso porque, no capítulo anterior, pôde-se constatar que o processo migratório e a chegada de colonos europeus foram fatores desencadeadores do aparecimento e progressão da doença na região. Contudo, os censos foram realizados quase um século depois da colonização do Nordeste de Minas e, nesse período, pode ter ocorrido grande miscigenação da população local. Afirmando isso, constata-se que 57,6% dos doentes, diagnosticados na zona J, eram mestiços e o local de maior incidência da doença foi Teófilo Otoni, município que recebeu grande leva de colonos europeus.

Lutz e Aragão, tendo em vista essa temática, propõem, em 1919, a proibição, por lei, da entrada de doentes no país. Caso ocorresse, deveria sofrer completa fiscalização em todos os pontos de entrada, marítimos ou terrestres. A exceção à regra seriam os doentes de nacionalidade brasileira repatriados (LUTZ; ARAGÃO, 1919).

Em relação ao sexo e à profissão, conclui-se que as atividades laborais predominantes na região estavam relacionadas ao trabalho no campo. Eram praticadas principalmente por indivíduos do sexo masculino que passavam longos períodos fora de seus lares e com maior propensão a entrar em contato com o reservatório da doença. Da mesma forma, ao se contrair a lepra, os homens se tornavam reservatórios intra-domiciliares, o que justifica o alto número de domésticas infectadas.

Pensando no contágio, no início do século XX já havia discussões no meio acadêmico sobre as profissões que os doentes de lepra poderiam exercer. Fator dificultador para se chegar a conclusões foi o fato de não se saber, ao certo, nessa época, a etiopatogenia da doença. Sem definição se era transmissível pelo homem ou por mosquitos, era complicado definir o papel da profissão nos estudos sobre a lepra. Isso levou alguns estudiosos a proporem a proibição do exercício de qualquer profissão pelo indivíduo leproso (MACHADO; GOMES, 1919).

Outra informação importante desse levantamento é o número de doentes menores de 15 anos diagnosticados. À época, a faixa etária de acometimento da doença era um dado importante para os estudos epidemiológicos que procuravam responder questões relacionadas ao contágio da lepra. Hoje já se sabe que o acometimento de menores de 15 anos indica precocidade da exposição e a persistência da transmissão da doença (LANA *et al.*, 2007), levando à conclusão de que a lepra estava em expansão na região, no período de estudo.

Fator que também intrigava os estudiosos da época era a ocorrência de casos intra-domiciliares. Para haver o contágio, eram necessários contatos íntimos entre o doente e o indivíduo sã (RABELO; FILHO, 1919). No censo, verificou-se que a maioria dos comunicantes fichados mantinham convivência com a fonte infectante, dando indícios de a transmissão ocorrer entre a espécie humana. Hoje se sabe que, para haver a transmissão da hanseníase, é preciso o contato prolongado entre o portador do bacilo de Hansen, não tratado, e o indivíduo sã susceptível (BRASIL, 2002).

Devido às incertezas que rondavam o conhecimento sobre a lepra, foi proposto por alguns estudiosos que o casamento entre doentes deveria ser evitado, podendo ser constituído somente nas leprosarias. Para eles, não era admissível o casamento entre um doente e uma pessoa sã, sendo cabível o divórcio em caso de aparecimento da doença. Os filhos, da mesma forma, deveriam ser separados dos pais quando nascessem (ARAÚJO; VALVERDE, 1920).

Atribui-se valor positivo relacionado ao censo a ciência do número de doentes, até então desconhecido. Contudo, o lado negativo dessa política foi a assistência ao doente e seus familiares. Não houve preocupação com uma assistência digna ao doente, mas com a proteção da população sã. Lana (1997) afirma que até o surgimento da sulfa, em meados da década de 1940, o tratamento destinado aos doentes na Colônia Santa Izabel não vislumbrava qualquer possibilidade de cura.

Segundo esse questionamento, o tema da Segunda Conferência Nacional de Assistência Social aos Lázaros foi o de reajustamento social das famílias dos doentes. Os estudiosos presentes chegaram às seguintes conclusões: o reajustamento social das famílias dos lázaros ficaria a cargo das organizações particulares; na falta de um lar para o filho sadio, a assistência seria feita em estabelecimento “*preventorial*” especializado; as sociedades de Assistência aos Lázaros assumiriam o reajustamento social das famílias dos lázaros (BLUTH, 1946, p. 6).

A preocupação com a criança sadia evidenciou-se com o aparecimento dos primeiros preventórios, no final da década de 1920. Na Europa, dava-se o crescimento das ideias eugênicas e uma preocupação com uma infância sadia que se refletiam nas políticas brasileiras. A criança deixava de ser vista como um problema familiar para ser vista como uma questão de ordem social (MONTEIRO, 1998). A preocupação com as crianças deixou de ser de cunho exclusivo da família e passou a ser alvo da ação estatal e médica, com vista à construção de uma grande nação (CURI, 2006).

*Nós éramos 10 irmãos, mas tinha mais dois. Bom mais aí, tinha cinco irmãos doentes, quando foram buscar nós, tinha quatro doentes mais...que foram examinados. Os motoristas pegou os papel lá “A saúde pública mandou buscar”. Aí os motoristas levou os papel fez o chamado dos doentes e tudo, orientaram pra alimentar a gente no caminho (...) Quando eu cheguei [na Colônia Santa Izabel], encontrei um punhado de menino, embora...era todo mundo isolado (ENTREVISTADO 1).*

O aumento de casos diagnosticados durante a realização dos censos repercutiu ainda mais na questão social do doente. Dessa forma, era comum internar as crianças sadias, filhas de pais doentes.

Em 1944, findaram-se os censos iniciados em 1938. Nesse mesmo ano, iniciou-se outro censo que durou até 1950. Nos novos relatórios de Orestes Diniz, então Diretor do Departamento de Lepra de Minas Gerais, a zona J é alocada na região centro-norte, juntamente com as zonas A, E e G<sup>10</sup> que, em conjunto, compunham uma das quatro microrregiões do estado (DINIZ, 1950).

---

<sup>10</sup> A zona A compreendeu os municípios de Baldim, Barão de Cocais, Belo Horizonte, Belo Vale, Betim, Bonfim, Brumadinho, Caeté, Carandaí, Carmo do Cajuru, Congonhas do Campo, Conselheiro Lafaiete,

Contagem, Cordisburgo, Crucilândia, Divinópolis, Esmeraldas, Inhaúma, Itabirito, Itaguara, Itaúna, Jaboticatubas, Jequitibá, João Ribeiro, Lagoa Dourada, Lagoa Santa, Mateus Leme, Matozinhos, Nova Lima, Ouro Preto, Pará de Minas, Paraopeba, Pedro Leopoldo, Pequi, Raposos, Rio Acima, Rio Espera, Rio Piracicaba, Sabará, Santa Bárbara, Santa Luzia, Santana de Pirapama, São Gonçalo do Pará, Sete Lagoas e Vespasiano. Os municípios que fizeram parte da zona E foram: Açucena, Aimorés, Antônio Dias, Conceição do Mato Dentro, Conselheiro Pena, Coronel Fabriciano, Dom Joaquim, Ferros, Galiléia, Governador Valadares, Guanhães, Itabira, Itanhomi, Ituêta, Mantena, Mesquita, Nova Era, Peçanha, Resplendor, Rio Vermelho, Sabinópolis, Santa Maria do Itabira, Santa Maria do Suassuí, São João Evangelista, São Sebastião do Maranhão, Serro, Tarumirim, Tumiritinga, Virginópolis, Virgolândia. Municípios da zona G: Bocaiúva, Brasília, Buenópolis, Coração de Jesus, Corinto, Curvelo, Diamantina, Espinosa, Felixlândia, Francisco Sá, Grão Mogol, Januária, Jequitaiá, Manga, Monte Azul, Montes Claros, Pirapora, Porteirinha, Rio Pardo de Minas, São Francisco, São João da Ponte, São João do Paraíso, São Romão (DINIZ, 1950).

A Divisão de Lepra de Minas Gerais delimitou a área de 307.896 quilômetros, com 3.996.022 habitantes para formar a Região Centro-Norte, compreendendo 128 unidades municipais.

A apuração estatística da incidência da endemia permitiu organizar a seguinte tabela:

TABELA 1  
Doentes diagnosticados no período de 1926 a 1950.

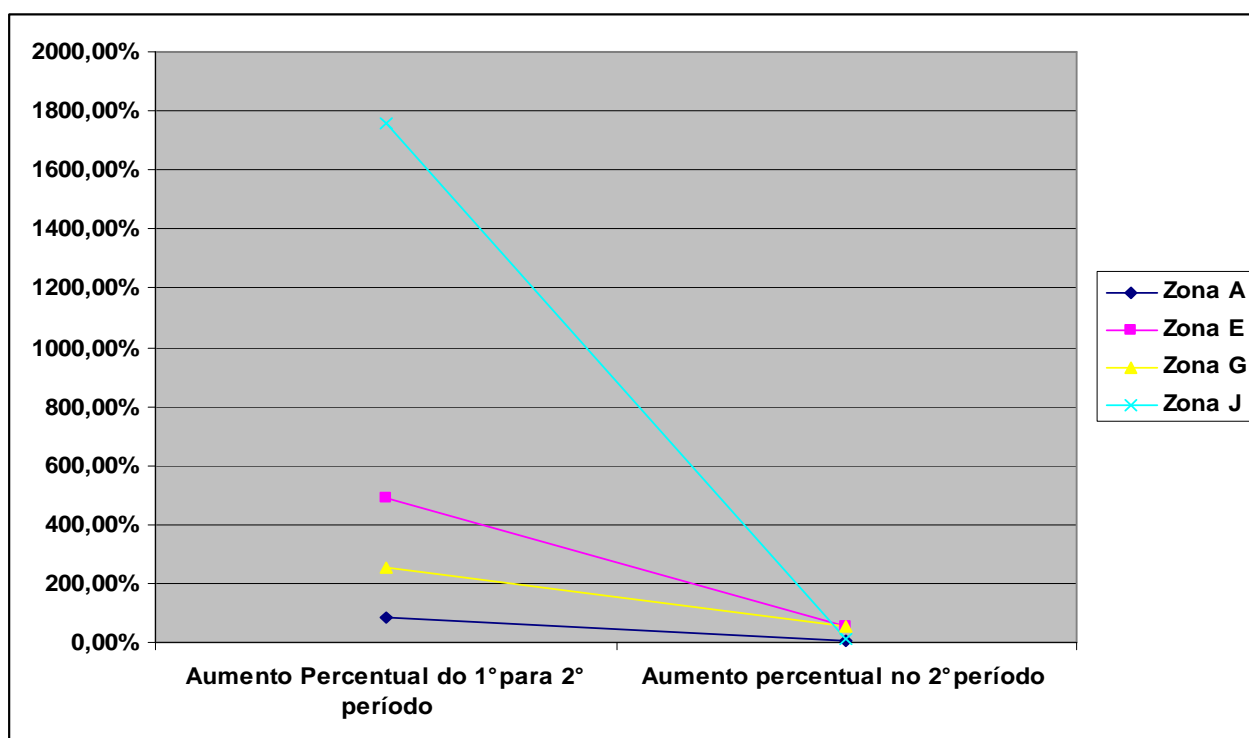
<b>ZONAS</b>	<b>DE 1926 A 30-3- 1938</b>	<b>Índice de diagnóstico /1000 habitantes</b>	<b>DE 1-4- 1938 A 30-9-1944</b>	<b>Índice de diagnóstico /1000 habitantes</b>	<b>DE 1- 10-1944 A 31- 12-1950</b>	<b>Índice de diagnóstico /1000 habitantes</b>	<b>TOTAL</b>
A	1263	1,41	1104	1,23	851	0,53	3218
E	138	0,21	674	1,03	349	0,13	1161
G	77	0,09	198	0,25	105	0,09	380
J	23	0,03	405	0,60	61	0,45	489
<b>REGIÃO CENTRO- NORTE</b>	<b>1501</b>	<b>0,50</b>	<b>2381</b>	<b>0,79</b>	<b>1366</b>	<b>0,95</b>	<b>5248</b>

Fator importante a ser observado é que, entre as quatro zonas de estudo do Centro-Norte, a zona J teve o menor número de doentes diagnosticados nos três inquéritos epidemiológicos realizados em Minas Gerais. Julga-se que o povoamento tardio, em comparação com as outras zonas, tenha proporcionado a menor concentração da doença na região. Outro fator importante pode estar relacionado ao *modus operandi* do censo nas diferentes zonas, ou seja, por mais que estivessem embasados em uma metodologia única de operação, questões políticas, de acesso aos doentes e de deslocamento podem ter influenciado no número de doentes diagnosticados.

Ao analisar os três períodos, destaca-se que houve um aumento substancial no número de doentes diagnosticados de 1926 a 1944, do primeiro para o segundo período. Invertendo esse quadro, há queda de diagnóstico do segundo para o terceiro período, ou seja, do ano de 1944 para o ano de 1950, como visto no Gráfico 1.

GRÁFICO 1

Aumento percentual dos casos de lepra diagnosticados do 1º para 2º período (1926 para 1944) e do 2º período (1944 para 1950).



Fonte: Autoria própria.

No primeiro levantamento realizado em Minas Gerais, em 1926, a metodologia não estava estruturada de forma consistente, ocasionando um baixo número de diagnósticos. Com o melhor planejamento do censo e o treinamento dos leprologistas,

houve aumento considerável do número de casos no período de 1938 a 1944. Tais números mantiveram-se estáveis no terceiro censo, de 1944 a 1950, por não ter esse censo sofrido mudanças metodológicas e também por ser a continuação do segundo censo extensivo de lepra. Dessa forma, ao analisar o período censitário como um todo, há impressão de diminuição do número de casos diagnosticados.

Durante o período de execução dos censos, houve conhecimento do real problema da lepra em Minas Gerais. As autoridades responsáveis começaram a se preocupar com a assistência aos doentes e seus familiares, questionando-se a carência de leprosários e dispensários no estado. Assim, em Minas Gerais, estruturou-se uma complexa rede de combate à lepra. Além do leprosário de Sabará e da Colônia Santa Izabel, Minas Gerais contava, em 1940, com as Colônias São Francisco de Assis (Bambuí, 1943), Santa Fé (Três Corações, 1942), Padre Damião (Ubá, 1945) e Sanatório Roça Grande (Sabará, 1944). Contava com preventórios e com o Dispensário Central de Doenças da Pele, em Belo Horizonte e, ainda, com 15 dispensários itinerantes em áreas de maior incidência da doença <sup>11</sup> (CARVALHO, 2012).

A construção de leprosários, dispensários e preventórios afirmou a permanência do isolamento compulsório como mola propulsora da profilaxia da lepra em âmbito estadual. Porém, em meados do século XX, a conotação da doença começa a mudar. O surgimento das sulfonas e a busca por medicamentos capazes de controlar a moléstia tornam-se presentes na sociedade, assim como os questionamentos da eficácia do modelo proposto. Tal afirmativa é verificada no 5º Congresso Internacional de Lepra de Havana (1948), em que se registraram recomendações que incentivavam as pesquisas para a descoberta de novas drogas mais eficientes do que as utilizadas até então. As mudanças refletem-se também nas políticas de controle da doença, como será visto adiante.

---

<sup>11</sup> Para se entender a dimensão da rede de assistência aos leprosos, montada em Minas Gerais, ressalta-se que, após o fim do isolamento social, os leprosários se integraram à rede FHEMIG (Fundação Hospitalar de Minas Gerais) de assistência hospitalar, uma das maiores gestoras de hospitais públicos do país. Na atualidade, os antigos leprosários formam o Complexo de Reabilitação e Cuidado ao Idoso do estado.

## 6.2 Novo modelo de controle da lepra

O advento das sulfonas, em 1940 constituiu-se em uma nova tecnologia para tratamento da lepra, com perspectivas de cura microbiológica e, por isso, muda o curso clínico da doença. Minas Gerais, por sua vez, investe nessa nova perspectiva de controle da doença e cria o ITI que se responsabiliza pela produção de sulfonas no estado.

A possibilidade de um tratamento quimioterápico abriu a perspectiva para o tratamento ambulatorial que, aos poucos, foi substituindo o internamento. Novos saberes na compreensão do fenômeno da exposição, transmissão e tratamento vão, aos poucos, influenciando a direção das políticas de controle. Aliados a esses saberes, a ineficiência do modelo isolacionista, o movimento pelos direitos humanos e a conquista da liberdade tornam-se responsáveis pela revogação do isolamento compulsório, ocorrido em 1962 (LANA, 1997). Segundo Mariano (1957), a sulfonoterapia abriu caminho seguro para a recuperação do doente; posteriormente, a vacinação pela BCG possibilitou a prevenção das populações sadias contra a moléstia<sup>12</sup>.

O fim do isolamento social remete a mudanças na estrutura política brasileira, ao longo dos anos. A discursiva foi sendo redimensionada e, a princípio, houve mudança de orientação no sentido de promover o isolamento somente nos casos contagiantes. Na II Reunião dos Leprólogos Brasileiros, realizada em dezembro de 1946, o tema principal foi a regulamentação de altas para internos nos leprosários do país (CARVALHO, 2012).

Ao analisar o curso histórico tomado pela doença, Rabelo (1959) cita o censo intensivo de Candeias<sup>13</sup>, Minas Gerais, como propulsor de uma nova visão do problema. Comparado ao censo extensivo, percebeu-se que houve um aumento significativo do número de doentes diagnosticados, de 4.4 por mil habitantes para 10.4 por mil habitantes. Além disso, a forma clínica de maior prevalência passou a ser a indeterminada, ou seja, a forma menos agressiva. Esses dados trouxeram à luz a necessidade de uma transformação na técnica profilática da doença, que deveria considerar a descoberta precoce e maciça dos casos indeterminados e o tratamento profilático. Para Rabelo (1959), outros fatores levaram ao questionamento do modelo proposto, a saber: o aumento, em 1957, da morbidade no país (12 por 100.000 habitantes); o baixo percentual de descoberta de casos novos entre comunicantes (8,7%) e o alto gasto dos serviços de profilaxia com os leprosários.

---

<sup>12</sup> Embora a imunoprofilaxia seja considerada amplamente como um dos maiores objetivos da prevenção primária, na hanseníase, uma vacina específica para este fim ainda não existe, devido à incapacidade de se cultivar o *Mycobacterium leprae* “in vitro”. Assim, uma vacina que tem importante aplicação para o controle da hanseníase é o BCG, cujo uso, está diretamente ligado com a prevenção da tuberculose. Na hanseníase, o BCG surge, em estudo realizado em preventórios na Argentina por Fernandez (1939), quando mediante a vacinação com BCG oral em crianças lepromino-negativas, observou-se a conversão da lepromina em 90% delas. O autor concluiu que o BCG poderia ser eficaz na proteção para a hanseníase. Resultados de estudos recentes demonstram o BCG como fator protetor para a hanseníase (DÜPPRE, 1998).

<sup>13</sup> O censo realizado em Candeias objetivava atenção especial a uma área notadamente endêmica, no sentido de oferecer indícios de caráter eminentemente epidemiológicos para os leprologistas. Diferenciou-se do censo extensivo devido a seu caráter particularizado, tendo ampliado sua esfera de ação (MACIEL, 2007).

A dificuldade de se controlar a endemia ocorreu devido a: longo período de incubação da lepra, o desconhecimento dos meios de contágio e o fracasso para o cultivo do *Mycobacterium leprae*. O isolamento, para Aleixo; Stancioli; Saliba (1954), foi adotado por leigos, de forma intuitiva, como medida para se evitar a disseminação “do mal”. Para esses autores, os responsáveis pelo isolamento dos doentes nada sabiam sobre a enfermidade. Diniz (1955) pondera sobre essa afirmativa, defendendo que o isolamento, preconizado até meados do século XX, não foi em vão pois, se não fosse tomada nenhuma providência em relação à doença, certamente o problema, ao longo dos anos, deveria ser mais grave. “Novos contágios, novas vítimas deveriam juntar-se aos que pagam um tremendo tributo moral e físico à hansenose. Mal com o isolamento, muito pior nos encontraríamos sem ele” (DINIZ, 1955, p. 3).

O VI Congresso Internacional de Lepra de Madri, de 1953, também tem papel importante nas mudanças em relação à doença nessa época. Foi proposto, nesse Congresso, que o isolamento deveria ser feito de maneira seletiva. Os casos contagiosos, deveriam permanecer isolados o tempo necessário para se ter a regressão clínica do quadro geral da doença. Depois, os pacientes deveriam ser tratados em dispensários onde continuariam a receber as sulfonas. As bases de uma campanha profilática deveriam se ater aos aspectos da educação e propaganda sanitária; proteção e controle dos comunicantes, tratamento ambulatorial; investigações científicas e

assistência social (MACIEL, 2007). Curi (2010) lembra que o fracasso do modelo proposto também se relacionou a questões filosóficas e psicológicas.

*O fracasso do isolamento dos leprosos no combate à endemia hansênica remete a uma questão humana de cunho filosófico e psicológico que se tornou evidente no decorrer do século XX. O senso comum de saúde pública que se fundamenta na punição do indivíduo, encarando-o como Pandora responsável pelo sofrimento coletivo, termina no fracasso, pois repele o doente que temendo a “ditadura da saúde” refugia-se do tratamento, e assim, prolifera o mal. A profilaxia não pode ser a expiação das culpas (CURI, 2006, p. 170).*

A exclusão social permitiu a disseminação da lepra, pois, devido ao medo do modelo proposto, muitos doentes se refugiaram e se tornaram agentes disseminadores do *M.leprae*. Portanto, tornou-se oportuno abandonar o isolamento clássico (estático) e passar a adotar a solução dinâmica, que levaria ao enfermo, onde ele estivesse, bem como a seus contatos, o benefício do tratamento *in situ* (MARIANO, 1957). O médico leprologista Wandick Del Fávero também defendia essa ideia, já que, para ele, a nova estrutura permitira o diagnóstico precoce da doença e conseqüentemente a ruptura da cadeia de transmissão.

*Precisamos obter, a todo custo, a colaboração do doente e dos seus comunicantes para o trabalho a realizar, e esta colaboração nunca poderá ser obtida mediante a execução de um trabalho de profilaxia baseado no isolamento compulsório, indiscriminado. Para os médicos, de modo geral, a nova estrutura profilática, permitiria um diagnóstico precoce da doença, o que levaria mais rapidamente à cura e, conseqüentemente, à ruptura da cadeia de transmissibilidade. Toda a lógica das ações anteriores inverter-se-ia visto que, não seria mais o leprólogo que sairia em busca do doente, mas sim esse último que o buscaria nas unidades de saúde básicas (FAVERO, 1957, p.29.)*

Os doentes e seus comunicantes passariam a ser peças ativas na profilaxia da lepra, necessitando, contudo, de mudança nos serviços de saúde. Assim, na Conferência da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Juiz de Fora, em 1952, e na VI Conferência Internacional de Lepra (1953), foi proposta a articulação dos leprólogos com os sanitaristas (DINIZ, 1955). Tal união permitiu maior abrangência dos serviços de

profilaxia, pois não ficariam a cargo somente do leprologista os cuidados e diagnósticos do doente.

Caberiam aos leprólogos, como especialistas, as tarefas de orientar, coordenar, fiscalizar e dirigir a aplicação dos modernos recursos de controle da lepra, tendo em vista principalmente:

- a) Educação das massas;
- b) Exame e proteção de comunicantes;
- c) Tratamento sulfônico;
- d) Isolamento seletivo.

A educação da população deveria iniciar qualquer campanha sanitária. A elucidação do povo sobre a doença, os meios de evitá-la, a conduta a seguir pelos que se expuserem ao contágio, deveriam ser realizados, sobretudo nos maiores focos de lepra, com o objetivo de canalizar, para os consultórios especializados, os indivíduos suspeitos (DINIZ, 1955). Ao defender a educação sanitária, Fonte (1944) propõe alguns temas para serem discutidos, a saber: contágio; meios de precaução; charlatanismo médico, farmacêutico e industrial; cura, sobretudo com diagnóstico precoce e susceptibilidade de crianças e adolescentes, com divulgação pela imprensa, cartazes, folhetos, cinematógrafo, rádio, teatro, no ensino de higiene, que deveria ser realizado em todo estabelecimento educacional, entre outros. Em âmbito nacional, devido à criação do Ministério da Saúde em 1953, as campanhas sanitárias também são colocadas em destaque. A lepra, assim como outras doenças endêmicas, passou a ser tema de campanhas de saúde pública, tendo como base profilática a educação sanitária (LIMA; PINTO, 2003).

Além da inovadora discussão sobre educação sanitária, houve mudanças relacionadas ao isolamento dos doentes e ao controle de comunicantes. O isolamento, antes obrigatório para os casos diagnosticados, passou a ser seletivo, já que não trouxera os resultados esperados, tendo em vista que não conseguiu diminuir as estatísticas da lepra no Brasil. Isso ocorreu porque, conforme esclareceu Orestes Diniz, cada doente isolado deixava em média cinco comunicantes que só eram diagnosticados em estágio avançado da doença. Assim, a proteção e o controle dos comunicantes também foram

fatores importantes no combate à lepra no país. Cabe lembrar que o surgimento das sulfonas permitiu que esse cenário se estruturasse no novo quadro nosológico brasileiro.

Com esse discurso, o que se percebe é que, para o meio científico, a lepra poderia ser tratada como qualquer outra doença, nos centros de saúde, postos de higiene e ambulatorios, o que enfraqueceria a estrutura profilática baseada no tripé leprosário-dispensário-preventório. A atuação do leprologista passaria a ser de apoio aos profissionais das unidades médicas gerais.

Tais apontamentos foram discutidos no VII Congresso Internacional de Lepra, realizado em Tóquio- Japão, em 1958. Para os presentes, era preciso abolir o isolamento social, devido a sua ineficiência epidemiológica, e adotar a ampliação do tratamento quimioterápico. No Brasil, a nova ordem mundial influenciava a condução das políticas de combate à doença e o Serviço Nacional de Lepra colocava em prática uma campanha epidemiológica com a finalidade de eliminar a lepra do país (MACIEL, 2007).

Frente a essas colocações, em 1955, o Rio de Janeiro tornou-se município-piloto para a Campanha da Lepra do Brasil. A referida campanha, consistia em buscar casos novos por meio de uma metodologia diferente daquela vigente no país desde a década de 1920. A campanha-piloto procurou mostrar que era possível integrar as atividades de controle da lepra nas unidades gerais de saúde locais, bem como ser reproduzível em âmbito nacional. Teve resultados surpreendentes e, por isso, constituiu-se em um marco na profilaxia e na epidemiologia da lepra no Brasil (MACIEL, 2007).

Desse modo, em 1959, publicou-se a Lei nº3542/59 que instituiu a Campanha Nacional Contra a Lepra, vigente desde 1956. Os órgãos integrantes foram: Serviço Nacional da Lepra; órgãos federais de assistência ou de serviço social; Instituto de Caixas de Aposentadoria e Pensões; órgãos estaduais e municipais de saúde; instituições que recebiam subvenções do governo da União; pessoas físicas e jurídicas que se dispunham a contribuir (BRASIL, 1959).

Foi idealizada por Orestes Diniz e vinculada ao Departamento Nacional de Endemias Rurais do Ministério da Saúde e previa a redução da endemia, nos diversos focos distribuídos pelo território nacional por meio da descentralização do programa de controle e atendimento nas unidades sanitárias não especializadas do país. O objetivo era favorecer o diagnóstico precoce e disponibilizar atendimento mais próximo de todos

os acometidos. Outra meta era realizar uma cobertura vacinal com o BCG (BRASIL, 1959).

Procurou transferir a maior parte da luta contra a doença dos leprosários e dispensários para os locais onde pudessem se encontrar os enfermos. Isso quebraria o paradigma até então vigente de que a segregação era medida essencial de profilaxia. Os doentes seriam submetidos a controle sanitário pelo tratamento sulfônico, controle de seus comunicantes com a realização de exame clínico periódico, classificação imunológica e tratamento preventivo se necessário, e educação sanitária dos doentes, dos comunicantes e da população em geral. Para Diniz, essa nova abordagem iria transferir a luta sanitária para o seio da família.

*Trocou-se o modo de isolamento físico pelo isolamento químico. As restrições quanto à permanência do doente no seio da família não têm maior consistência. Preferiu-se transferir a luta principal aos comunicantes, pois unidos em família oferecem campo favorável para que sejam educados sobre a conduta a seguir e ficam acessíveis à observação e às medidas de prevenção. Ao contrário, com o internamento dos doentes, haveria a ruptura dos laços familiares, com a saída do lar desses comunicantes (DINIZ, 1960, p. 92).*

O tratamento *in situ* é visto nesse momento como o mais eficiente para a ruptura da cadeia de transmissão da lepra. A família surge no discurso como importante estrutura social de combate à doença. Percebe-se, contudo, que a Campanha Nacional Contra a Lepra não se diferencia do modelo proposto antes de sua implementação. O foco continuou voltado para o tratamento sulfônico, controle de comunicantes e educação sanitária. E a base assistencial estava centrada na articulação entre as Unidades Sanitárias, Centros de Saúde e Postos de Higiene.

Minas Gerais, por sua vez, seguiu os pressupostos da Campanha Nacional Contra a Lepra. O estado celebrou, em 1959, convênio com o Ministério da Saúde, com o intuito de integrar as unidades sanitárias não especializadas no trabalho de controle da endemia leprótica, onde não houvesse dispensário especializado em seu território (MINAS GERAIS, 1959). O exposto permitiu a associação de leprólogos com médicos gerais, públicos ou particulares. Coube ao leprólogo a função de direção, em sua área de ação; ao médico geral, a de realizar atendimentos nas regiões de residência e contato permanente com a população (DINIZ, 1960).

Seguindo o modelo nacional, o estado foi dividido em Grupos de Trabalho e Setores- junção de seis, oito ou mais Grupos de Trabalho, compostos pelo leprólogo-chefe, leprologistas e médicos não especializados. As atividades dos leprosários, dispensários e preventórios, bem como dos leprologistas sofreram mudanças significativas, como será visto a seguir (DINIZ, 1960).

Passaram a ser funções dos leprologistas, chefes dos grupos de trabalho, visitar periodicamente, em dias determinados, as unidades sanitárias locais com o objetivo de orientar os médicos não especializados e examinar os casos por eles não analisados; intensificar a procura de casos novos nas coletividades ou grupos de interesse epidemiológico; promover a regularidade e o rigor no exame de comunicantes. Cabia-lhes, ainda, promover a realização de programas de educação e propaganda sanitária a fim de informar a população sobre as atividades propostas (DINIZ, 1960).

Os leprologistas encarregados dos setores deveriam dirigir e coordenar as atividades dos Grupos de Trabalho, estudar a situação epidemiológica da lepra em sua área e avaliar a eficiência e a produtividade dos diferentes grupos, tomando as providências cabíveis para o bom curso das atividades profiláticas (DINIZ, 1960).

Couberam aos médicos não especializados: o tratamento e a vigilância sanitária dos doentes, o exame de comunicantes, o censo imunológico, a calmetização das populações e a educação sanitária. Tinham, a seu encargo, uma determinada área geográfica onde deveriam desenvolver seu trabalho. O contato com as populações propiciava o pronto-atendimento aos casos novos que pudessem ser detectados. Segundo Maciel (2007), esse contato era importante para o sucesso da Campanha Nacional Contra a Lepra porque, embora esses médicos não fossem especialistas, eram reforçados, em sua autoridade técnica, pela assistência dos leprólogos e propiciavam a ampliação de atuação sobre os problemas sanitários relacionados à lepra.

Mudanças também foram vistas na estrutura de isolamento do doente. O leprosário, a partir de 1959, tornou-se órgão assistencial, destinado ao asilamento de pacientes, porém somente aos que não tivessem possibilidades de readaptação social, como os “mutilados, velhos e mendigos”. Teve a finalidade de proporcionar tratamentos especiais como: cirúrgicos, principalmente corretivos; clínicos; de surtos reacionais e outros indicados. Tiveram, ainda, função educativa para os pacientes, função de pesquisa, visando o progresso dos estudos da doença, e de ensino, na formação de especialistas (DINIZ, 1960).

Aos dispensários ficaram reservadas ações locais na área de localização, como assistência medicossanitária a egressos dos leprosários. Foi, ainda, local de ensino e treinamento de pessoal. Contudo, foi questionada sua colaboração real nesse processo, já que os doentes se recusavam a frequentá-lo por medo de ficarem estigmatizados; não eram atuantes no que se refere ao controle dos comunicantes e não se localizavam em todas as áreas endêmicas (DINIZ, 1960).

Os preventórios foram tecnicamente dispensados como órgãos profiláticos, ficando a cargo da assistência social. Deveriam receber os filhos de doentes e também as crianças que não tivessem essa origem (DINIZ, 1960).

No que se refere à sociedade, a nova estrutura política de profilaxia da lepra teve aprovação dos doentes, familiares e sociedade. A exemplo disso, médicos leprologistas, atuantes na Campanha Nacional Contra a Lepra, no estado da Paraíba, descrevem a reação da população de forma positiva, pois não foram testemunhados atos de rebeldia ou insatisfação. Todos se prestaram aos exames feitos, compareceram pontualmente aos chamados e obedeceram às instruções que lhes foram dadas (ALCOFORADO; ALMEIDA, 1959).

No período de 1956 a 1958 estavam funcionando no Brasil 18 setores, 119 grupos de trabalho, servidos por 139 leprologos, 565 médicos não especializados e 597 sanitários. O exame da distribuição dos doentes fichados pelas várias Unidades do país revelou que a maior parcela de doentes se encontrava em São Paulo, com cerca de um terço do total, seguido de Minas Gerais, com um quinto do total. O menor número de pacientes se registrou no Estado de Alagoas, onde foram fichados 40 casos, durante 13 anos.

Minas Gerais totalizou 66 Grupos de Trabalho cujos resultados serão expostos a seguir.



Fonte: Autoria própria.

Percebe-se que há uma mudança significativa do modelo profilático até então proposto. A união com outros órgãos de saúde municipais permitiu diagnosticar um maior número de doentes no estado. Da mesma forma, o número de doentes diagnosticados no início da lesão aumentou, permitindo maior controle dos contaminantes. Os dados demonstram uma mudança metodológica surpreendente pois, devido à associação com unidades de saúde locais, foi possível controlar quase 100% da população. Uma questão inovadora que merece destaque foi o exame de coletividades, até então não visto em outros documentos.

Para visualizar melhor o avanço no controle da doença no estado, tem-se, abaixo, quadro comparativo entre a Campanha Nacional Contra a Lepre de 1959 e o primeiro censo extensivo e efetivo de lepra de 1938- representativo do modelo isolacionista (Quadro 2).

QUADRO 2  
Censo de 1938 x Campanha Nacional Contra a Lepra

Variáveis	Censo de 1938	Campanha Nacional contra a Lepra de 1959
Doentes fichados	9.429	21.389
Formas avançadas da doença	9.429	1.059
Inquérito de coletividade	Não existiu	481
Educação sanitária	Não existiu	Existiu
Profilaxia da doença	Modelo isolacionista	Tratamento <i>in situ</i> dos doentes, salvo casos especiais
Encaminhamentos de familiares	Dispensários Preventórios	e Controle de comunicantes <i>in situ</i>

Fonte: Autoria própria.

O inquérito de coletividade e a educação sanitária foram meios importantes para o esclarecimento e o diagnóstico precoce da doença que, nesse momento, passou a ser tratada *in situ*. O modelo isolacionista, sustentado pelo tripé leprosário-dispensário-preventório, deixou de ser o principal meio de controle da lepra no estado e no país, ficando essa função a cargo dos leprologistas e médicos não especialistas.

Os municípios do Nordeste de Minas Gerais foram incluídos nos grupos de números 24, 25, 26, 27 e 28 <sup>14</sup>. A situação desses GTs, durante a Campanha Nacional contra a Lepra foi a seguinte: doentes registrados- 612, dos quais 167 estavam sem controle; 2880 comunicantes; 11 Unidades Sanitárias existentes; medicamentos preconizados- sulfonas drágeas, sulfonas ampolas e thiosemicarbasone.

<sup>14</sup> Municípios do GT 24: Carlos Chagas, Nanuque, Teófilo Otoni, Ataléia, Itambacuri, Mendes Pimentel, Mantena.

GT 25: Capelinha, Itamarandiba, Turmalina, Minas Novas, Coluna, São Sebastião do Maranhão.

GT 26: Malacacheta, Poté, Ladainha, Novo Cruzeiro, Água Boa, Santa Maria do Suaçuí.

GT 27: Medina, Comercinho, Cel. Murta, Itinga, Jequitinhonha, Joáima, Araçuaí, Águas formosas, Machacalis, Virgem da lapa e Caraí.

GT 28: Jordania, Pedra azul, Almenara, Salto da Divisa, Jacinto, Rubim, Rio do Prado.

O Nordeste de Minas Gerais teve um baixo número de doentes diagnosticados, em comparação ao estado. Acredita-se que a falta de estrutura sanitária da região, ou seja, o número reduzido de unidades sanitárias e de saúde para o quantitativo de municípios tenha colaborado para esse quadro. Além do número reduzido de casos, verifica-se que alguns doentes não estavam controlados, o que pode estar relacionado à dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Em entrevista realizada com ex-moradores da região, pode-se observar esse problema na narrativa.

*A gente era uma família muito pobre, mas muito unida, família grande...tipicamente aquelas família daquele lugar seco, daquela região pobre, esquecida pelos governante né, da época. Nós não tínhamos nem como ir ao médico, porque era distante da cidade, era muito longe (ENTREVISTADO 2). Não, política não existia. É, um lugar atrasado, sem recurso, lugar pobre (...) olha pra te dizer uma verdade, a gente não tinha nem um dentista pra cuidar de um dente podre. (ENTREVISTADO 1).*

Os entrevistados relatam a situação da zona rural de municípios pertencentes ao Nordeste de Minas Gerais. Como se pode perceber, não havia acesso aos serviços de saúde pela população rural. Dessa forma, não há relatos por parte dos entrevistados da Campanha Nacional Contra a Lepra, já que estava diretamente ligada aos serviços de saúde locais. Assim, a descoberta dos casos de lepra ficavam a cargo dos próprios doentes que contavam com ajuda de parentes ou vizinhos influentes na região, conforme depoimentos abaixo:

*Meu pai pediu ajuda a um fazendeiro influente, senhor Pacífico. E ele era muito conceituado na região, muito querido (...) ele entrou em contato com Salinas (ENTREVISTADO 1). Nós não tínhamos nem como ir ao médico. Porque era distante da cidade, era muito longe. E eu não tenho certeza se já teve alguém da minha família que já teve hanseníase. Eu tive um primo, que na época era falado lepra né, e me parece que eles descobriram esse lugar aqui [Colônia Santa Izabel] através desse primo. Então vim parar aqui, me trouxeram [Familiares] aqui” (ENTREVISTADO 2).*

Não havia uma busca ativa pelo doente, pelo menos é o que se constata com os doentes da zona rural. A falta de esclarecimento e a falta de saneamento básico podem ter sido agravantes para a disseminação da doença no Nordeste de Minas Gerais. A dificuldade de acesso aos serviços de saúde dos moradores da zona rural ainda é verificada nos dias atuais e é um dos fatores responsáveis por diagnósticos tardios e pela manutenção da cadeia de transmissão da hanseníase na região.

Como pode ser visto, a Campanha Nacional Contra a Lepra (CNCL) não teve uma atuação efetiva no Nordeste de Minas Gerais. São encontrados mais dados epidemiológicos anteriores a 1959 que após a mudança de metodologia proposta pela Campanha. Quando a responsabilidade de busca ativa dos casos passou a ser dos serviços de saúde locais, não se fizeram levantamentos detalhados, já que os serviços não estavam bem estruturados como os leprologistas dos censos extensivos.

Contudo, conclui-se que a nova ordem política brasileira, marcada pela instalação da CNCL, levou ao desmonte do modelo isolacionista e proporcionou uma nova visão a respeito da lepra e dos indivíduos acometidos. Tornou-se possível o tratamento fora dos leprosários com a oficialização da ruptura definitiva do modelo de internação antes proposto. O doente passou a se integrar à sociedade e a exercer, aos poucos, sua cidadania, apesar das dificuldades devido ao estigma construído historicamente e à leprofobia que passou a fazer parte da sua vida.

*A mudança no significado da enfermidade tinha como maior consequência a transformação na maneira de entender o portador da mesma. Construiu-se a leprofobia por todo esse histórico de isolamento, preconceito e estigma. A transformação do leproso em hanseniano, além de constituir-se como marco importante para assinalar o momento em que a enfermidade ganhava novos significados, sobretudo, o de doença curável, também pode ser pensada como uma das estratégias adotadas a fim de amenizar o temor que o portador da doença despertava nas pessoas sadias. A diminuição do temor em relação à lepra contribuía, pois, por tornar legítimas as novas orientações profiláticas para combatê-la, incluindo o fim do isolamento compulsório (CARVALHO, 2012, p.83)*

As críticas contrárias ao isolamento ficaram mais contundentes devido ser a tríade isolacionista ineficiente, estigmatizadora e onerosa. Houve, dessa forma, em 1962, a abolição da internação compulsória em todo o território nacional. Tal fato

afirmaria mais uma vez, na sociedade, a importância da reinserção social do doente e o tratamento da lepra pelos serviços locais de saúde.

O período compreendido entre 1957/1958 e 1977 caracterizou-se por movimentos que se articularam: processo de democratização do estado brasileiro, com a eleição de Juscelino Kubitschek, o novo saber em hanseníase delimitado pela descoberta da sulfona e um movimento dos doentes em direção à conquista da liberdade e da autonomia (LANA, 1997). Mais tarde, em 1976, na tentativa de diminuir o estigma relacionado à terminologia lepra, mudou-se o nome da doença para hanseníase. Na área da saúde pública, adotaram-se políticas de extensão de cobertura baseadas no ideal de medicina comunitária e a hanseníase passou a ser tratada nos moldes de outras doenças infecciosas.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A proposta inicial deste estudo foi alcançada na medida em que as fontes documentais e orais permitiram a análise da história da lepra no Nordeste de Minas Gerais. Durante muitos anos, o percurso histórico da doença não foi esclarecido e isso ocasionou a construção de uma mentalidade social arraigada em medos, preconceitos e estigmas.

Nesse sentido, para esclarecer a origem da hanseníase na região, buscaram-se fontes ligadas aos sistemas de objetos propostos por Santos (2006). Segundo o que foi encontrado, pode-se concluir que a chegada e a progressão da doença estão ligadas aos movimentos econômicos e sociais de descoberta e desenvolvimento do Nordeste de Minas Gerais. Uma limitação para a construção desse momento histórico foi a escassez de fontes. Tomou-se, então, por base, os relatos de viajantes.

Após se ter o conhecimento da doença no Nordeste de Minas Gerais, a intenção foi a de se analisar a intervenção estatal para combater o problema, seguindo os sistemas de ações propostos por Santos (2006). O governo federal e o estado de Minas Gerais passaram a ter papel ativo para o controle da lepra a partir do século XX. Nos anos de 1910, o estado de Minas Gerais assumiu novos rumos para a solução dos problemas sanitários que o assolavam, atentando para questões de higiene como impeditivas do progresso econômico. Além disso, a lepra, nesse momento, era

considerada problema grave no país e integrou o grupo de endemias brasileiras a serem combatidas.

A atuação marcante das políticas públicas de controle da endemia no Nordeste de Minas Gerais esteve relacionada aos censos de lepra. Considera-se que a metodologia censitária foi interligada ao auge do isolamento social e expôs os doentes à perda de liberdade em favor dos indivíduos “sadios”.

Cabe ressaltar que os documentos analisados foram relatórios oficiais, publicados em meios científicos, sendo um limite e desafio encontrado neste estudo. Assim, as questões políticas dos censos foram construídas principalmente pela visão médica da época. Na tentativa de minimizar essa influência, realizaram-se entrevistas com ex-internos da Colônia Santa Izabel. Uma limitação para essa abordagem foi o número limitado de entrevistas, o que ocorreu devido ao recorte temporal proposto. Assim, a maioria dos indivíduos internados na Colônia até o ano de 1962 havia falecido.

Mudança no modelo isolacionista vigente, permitiu que uma nova abordagem da doença fosse feita no Nordeste de Minas, bem como nas outras regiões do estado. Abandonou-se a ideia de isolamento físico do doente, extinguindo a metodologia censitária e buscou-se, no tratamento *in situ*, com o advento quimioterápico, aumentar a perspectiva de controle da doença. Para os estudiosos do problema, o isolamento era oneroso para o estado, além de não ser meio eficaz de controle da lepra, já que o número de indivíduos diagnosticados continuava crescendo.

Surgiu, então, a perspectiva para o tratamento ambulatorial que, aos poucos, foi substituindo a internação dos doentes. Além disso, em 1959, foi instituída, em âmbito nacional, a Campanha Nacional de Controle da Lepra (CNCL). Tais características desencadearam a extinção do isolamento compulsório, em 1960. O sistema de saúde local, por meio das Unidades de Saúde, passou a se responsabilizar pelo cuidado prestado aos doentes.

As mudanças ocorridas no século XX deram origem ao tratamento e à vigilância epidemiológica da hanseníase evidentes no século XXI. As finalidades da implementação da CNCL foram o tratamento precoce, a vigilância de casos e comunicantes e o impedimento da instalação de incapacidades. Essas técnicas aperfeiçoaram-se com o passar dos anos, seguindo as tendências da estrutura de saúde brasileira e deram origem aos Programas Nacionais de Controle da Hanseníase.

Percebe-se, contudo, que a endemia hansênica, em algumas regiões do país, como o Nordeste de Minas Gerais, ainda é desafiadora para o sistema de saúde. A medicina luta para encontrar fator imunogênico que possibilite a produção de vacinas e seja capaz de erradicar a doença. Ao mesmo tempo, a saúde pública procura formas eficientes de implementar estratégias de intervenção na sociedade que diminuam o estigma construído historicamente e permitam maior eficácia das ações de prevenção da hanseníase.

O Nordeste de Minas Gerais também sofre com essa realidade e é hoje um dos 10 *clusters* da doença no país. É intrigante a constatação de que, nas regiões vizinhas, neste trabalho denominadas zonas A, E e G, havia maior número de doentes diagnosticados no século XX, em relação ao Nordeste mineiro e que, na atualidade houve inversão do quadro e diminuição de número de casos diagnosticados nessas regiões. Uma conclusão superficial poderia explicar tal inversão por causas socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde. Mas acredita-se que deve ser feito um estudo detalhado para esclarecer esse fato.

Sobre o Nordeste de Minas Gerais, o estudo permitiu demonstrar que o padrão de alta endemicidade da hanseníase está ligado diretamente ao percurso histórico da doença na região. Assim, a alta movimentação migratória que constitui a ocupação do espaço, aliada à instabilidade econômica, ao baixo padrão de vida e habitacional, à construção social do estigma da doença e à falta de serviços de saúde estruturados, ocasiona a permanência do ciclo de transmissão da hanseníase.

## FONTES E REFERÊNCIAS

### FONTES ARQUIVÍSTICAS

#### *FONTES PRIMÁRIAS*

AGRICOLA, Ernani. Centros de saúde e postos de hygiene no estado de Minas Geraes. **Arquivos de Higiene**. Rio de Janeiro: Ano IV, n° 11, 1930.

ALCOFORADO, Amadeu Almeida; ALMEIDA, Natalício Pedrosa de. Comportamento do público e do hanseniano e seus familiares em face da Campanha Contra a Lepra. **Boletim do Serviço Nacional de Lepra**. Rio de Janeiro: Ano XVII, n° 3, setembro de 1958.

ALEIXO, Josefino; STANCIOLI, José; SALIBA, Nagib. Considerações sobre o controle da endemia leprótica. **Arquivos Mineiros de Leprologia**. Belo Horizonte: Ano XIV, n° II, abril de 1954, p.90.

ARAÚJO, Sebastião F. Relatórios dos censos de leprosos no município de Grão Mogol (M.G.) e no município de Vigia (M.G.). **Boletim do Serviço Nacional de Lepra**. Rio de Janeiro: Ano III, n° 3, setembro de 1944.

ARAÚJO, Paulo Silva; VALVERDE, Belmiro. Lepra e casamento, 1916. *In*: SOUZA-ARAÚJO, Heraclides-Cesar de. **História da Lepra no Brasil- Volume III- Período Republicano (1890-1952)**. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1956.

BARRETO, João de Barros. Organização moderna da luta contra a lepra: a campanha no Brasil. **Arquivos de Higiene**. Rio de Janeiro: Ano 8, n° 2, novembro de 1938.

BERNARDES, Arthur da Silva. Mensagem dirigida pelo presidente do estado ao Congresso Mineiro, em sua 8ª sessão ordinária da 8ª legislatura do ano de 1921. **Biblioteca do Arquivo Nacional**. Disponível em: [http://www.crl.edu/pt-br/brazil/provincial/minas\\_gerais](http://www.crl.edu/pt-br/brazil/provincial/minas_gerais). Acesso em: 21 de agosto de 2012.

\_\_\_\_\_. Relatório do Governo de Província de Minas Gerais. **Biblioteca do Arquivo Nacional**. Disponível em: [http://www.crl.edu/pt-br/brazil/provincial/minas\\_gerais](http://www.crl.edu/pt-br/brazil/provincial/minas_gerais). Acesso em: 16 de janeiro de 2013.

BLUTH, Alfredo. Ação governamental e particular na assistência social aos lázaros. **Boletim do Serviço Nacional de Lepra**. Rio de Janeiro: Ano V, n° 2. Junho de 1946.

BRASIL. Decreto-Lei, 3987, de 02 de abril de 1920. Cria o Departamento Nacional de Saúde Publica. **Diário Oficial**, Brasília, 02 abr. 1920.

\_\_\_\_\_. Projeto de lei nº 3542/59 de 1959. Institui a Campanha Nacional contra a lepra. **Diário Oficial**, Brasília, 02 mar. 1959.

BRASIL, Ministério de Estado da Educação e Saúde. Decreto nº 15.484 de 8 de maio de 1944. Aprova o Regimento do Serviço Nacional de Lepra do Departamento Nacional de Saúde. **Diário Oficial**, Brasília, 10 mai. 1944.

BRASIL, Imprensa Nacional. Noticiário do S.N.L- II Conferência Panamericana de Lepra: Relatório da Comissão de Epidemiologia. **Boletim do Serviço Nacional de Lepra**. Rio de Janeiro: Ano V, nº 4, dezembro de 1946.

\_\_\_\_\_. O problema dos dispensários na campanha contra a lepra. Atividades do S.N.L: Seção de Organização e Controle. **Boletim do Serviço Nacional de Lepra**. Rio de Janeiro: Ano V, nº 4, dezembro de 1946.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Arquivos Mineiros de Leprologia**. Belo Horizonte: Ano XVII, nº 1, 1957.

CARVALHO, Arnaldo Ferreira Luiz de. **Arquivo Público Mineiro**. Belo Horizonte: Série:10/CX:15/PC:11- 13., 1917.

DEL FAVERO, Wandick. O Censo de Lepra no município de Teófilo Otoni. **Boletim do Serviço Nacional de Lepra**. Rio de Janeiro: Ano II, nº 4, dezembro de 1943.

\_\_\_\_\_. Reunião da Comissão de Saúde em 22 de maio de 1957. **Arquivos Mineiros de Leprologia**. Belo Horizonte: Ano XVIII, n I, janeiro de 1958.

\_\_\_\_\_. O Censo de Poté. **Arquivos Mineiros de Leprologia**. Belo Horizonte, Minas Gerais: Ano IV, nº 1, janeiro de 1944.

DINIZ, Orestes. Profilaxia da lepra (evolução e aplicação no Brasil). **Boletim do Serviço Nacional de Lepra**. Rio de Janeiro: Ano XIX, nº 1, março de 1960.

\_\_\_\_\_. Censo de Lepra em Minas Gerais. **Arquivos Mineiros de Leprologia**. Belo Horizonte: Ano I, janeiro de 1944.

\_\_\_\_\_. Censo de Lepra na Região Centro-Norte. **Arquivos Mineiros de Leprologia**. Belo Horizonte: Ano III, junho de 1950.

\_\_\_\_\_. Articulação do Departamento de Lepra com as Unidades Sanitárias para Execução da Campanha Profilática. **Arquivos Mineiros de Leprologia**. Belo Horizonte: Ano XVIII, nº 1, janeiro de 1960.

\_\_\_\_\_. O controle da lepra em áreas altamente endemizadas. **Arquivos Mineiros de Leprologia**. Belo Horizonte: Ano XVI, junho de 1955.

DINIZ, Orestes; AGRÍCOLA, Ernani. II Conferência Pan-Americana de Lepra: Censo extensivo de lepra de Minas Gerais. **Arquivos Mineiros de Leprologia**. Belo Horizonte: Ano I, janeiro de 1957.

FONTE, Joir. Um programa mínimo de propaganda e educação sanitárias para a campanha de profilaxia da lepra. **Boletim do Serviço Nacional de Lepra**. Rio de Janeiro: Ano III, nº 2, junho de 1944.

LUTZ, Adolpho; ARAGÃO, Henrique de Beaurepaire. Lepra e imigração, 1919. *In*: SOUZA-ARAÚJO, Heraclides-Cesar de. **História da Lepra no Brasil- Volume III- Período Republicano (1890-1952)**. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1956.

MACHADO, Werneck; GOMES, Emilio. **Lepra e profissão, 1919**. *In*: SOUZA-ARAÚJO, Heraclides-Cesar de. **História da Lepra no Brasil- Volume III- Período Republicano (1890-1952)**. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1956.

MAGALHÃES, José Lourenço de. A morphéa no Brasil. Rio de Janeiro: [s.n.], 1882.

MARIANO, José. Estado atual do problema de lepra em Minas Gerais: Plano para intensificação da Campanha de Profilaxia da lepra. **Arquivos Mineiros de Leprologia**. Belo Horizonte: Ano XVII, nº 1, janeiro 1957.

MAURANO, Flávio. História da lepra no Brasil e sua distribuição geográfica. Tratado de leprologia. **Serviço Nacional de Lepra**. Rio de Janeiro: V.1. Tomo I, 1944.

MINAS GERAIS, Governo do Estado. Convênio celebrado entre o Ministério da Saúde e o Estado de Minas Gerais para a integração de unidades sanitárias não especializadas no trabalho de controle da endemia leprótica no território do referido Estado. **Arquivos Mineiros de Leprologia**. Belo Horizonte: Ano XIX, nºII, abril de 1959.

OLIVEIRA, Francisco Martiniano de. Relatório da Santa Casa de Misericórdia de Minas Novas: Manutenção de indigentes doentes e despesas com enfermos dos hospícios. **Arquivo Público Mineiro**. Belo Horizonte: Secretaria do Interior, 1903.

OPAS, Organização Panamericana de Saúde. Crônicas sobre lepra, Oficina Sanitária Panamericana, agosto de 1934. **Relatório da Oficina**. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/64875670/v13n8p724-cronica>. Acesso em: 09/11/2011.

ORSINI, Olinto. A lepra em Minas Gerais: Aula do Curso de Leprologia em Agosto de 1940. **Arquivos Mineiros de Leprologia**. Belo Horizonte: vol. 1, 1941.

\_\_\_\_\_. Aula inaugural do 9º curso de leprologia de Minas Gerais. **Arquivos Mineiros de Leprologia**. Belo Horizonte: Ano XI, nºII, abril de 1951.

\_\_\_\_\_. A lepra em Minas Gerais. **Arquivo Mineiro de Leprologia**. Belo Horizonte, 1955.

PINTO, Manoel Fulgencio Alves. Secretaria da Camara Municipal de Arassuahy: Correspondência referente a telégrafos e epidemias em municípios diversos. **Arquivo Público Mineiro**. Belo Horizonte: Secretaria do Interior, 1908.

RABELLO, Américo V.; MARTINS, Ignácio Tostes. Relatório do Censo de Leprosos no município de Itambacuri (M.Gerais). **Boletim do Serviço Nacional de Lepra**. Rio de Janeiro: Ano III, nº 3, setembro de 1944.

RABELO, Eduardo; FILHO, Silva Araújo. Lepra e domicílio, 1919. In: SOUZA-ARAÚJO, Heraclides-Cesar de. **História da Lepra no Brasil- Volume III- Período Republicano (1890-1952)**. Rio de Janeiro: Departamento de Imprensa Nacional, 1956.

RABELO, F.E. Acioli. A profilaxia da lepra: o passado, o presente, o futuro. **Boletim do Serviço Nacional de Lepra**. Rio de Janeiro: Ano XVIII, nº 3, setembro de 1959.

RIBEIRO, Delfim Moreira da Costa. Mensagem dirigida pelo presidente do estado ao Congresso Mineiro, em sua 8ª sessão ordinária da 7ª legislatura do ano de 1917. **Biblioteca do Arquivo Nacional**. Disponível em: [http://www.crl.edu/pt-br/brazil/provincial/minas\\_gerais](http://www.crl.edu/pt-br/brazil/provincial/minas_gerais). Acesso em: 12 de agosto de 2012.

STANCIOLI, José; SALOMÃO, Abraão. Considerações à margem do relatório da Comissão de Terapêutica do V Congresso Internacional de Lepra (Havana). **Arquivos Mineiros de Leprologia**. Belo Horizonte: Ano X, nº2, abril de 1950.

SILVA, José Figueiredo. Resumo historico do Hospital de Lazaros de Sabará. **Arquivos Mineiros de Leprologia**. Belo Horizonte: vol. 1, 1941.

*FONTES ORAIS*

**Entrevistado 1-** 02 de novembro de 2012.

**Entrevistado 2-** 02 de novembro de 2012.

**FONTES SECUNDÁRIAS**

ACHTSCHIN, Marcio. **Os “Desclassificados” do Mucuri: Tensões e Conflitos em Santa Clara e Colônia do Urucu no século XIX.** In: ACHTSCHIN, M.(org.)As Gerais Distantes das Minas: Fragmentos da História do Vale do Mucuri. Teófilo Otoni: Frota, 2009.

BECHLER, Reinaldo Guilherme. Muito mais do que Isolamento em questão: Ciência, poder e interesses em uma análise das duas primeiras Conferências Internacionais de Lepra – Berlim 1897 e Bergen 1909. **Temporalidades – Revista Discente do Programa de Pós-graduação em História da UFMG**, Belo Horizonte, vol. 1, n.º 2, ago./dez. 2009.

\_\_\_\_\_. Hansen versus Neisser: controvérsias científicas na ‘descoberta’ do bacilo da lepra. **História, Ciências, Saúde- Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.815-841, jul-set. 2012.

\_\_\_\_\_. Isolamento compulsório de leprosos: percalços de um paradigma. **Mimesis**, Bauru, v. 29, n. 2, p. 5-42, 2008.

BENCHIMOL, Jaime L.; SÁ, Magali Romero. Adolpho Lutz and controversies over the transmission of leprosy by mosquitoes. **História, Ciências, Saúde- Manguinhos**, Rio de Janeiro vol. 10 (supplement 1):49-93, 2003.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil.** São Paulo: Ática, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia para o controle da hanseníase.** Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Normas e Manuais Técnicos. **Cadernos de Atenção Básica - n.º 21.** Brasília, p.70, 2007.

\_\_\_\_\_. **Projeto DECIT, 2008.** Edital MCT/CNPq/CT-Saúde/MS/SCTIE/DECIT n.º. 034/2008.

BUENO, Eduardo. **À sua saúde: a vigilância sanitária na História do Brasil.** Anvisa Brasília, p. 207, 2005.

BURTON, Richard Francis, 1821-1890. **Viagem do Rio de Janeiro a Morro velho.** JUNIOR, David Jardim [tradução]. Senado Federal, Brasília, 2001.

CARVALHO, Keila Auxiliadora. **A Saúde pelo Progresso: Médicos e Saúde Pública em Minas Gerais.** Dissertação de mestrado em História da Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2008.

\_\_\_\_\_. **Colônia Santa Izabel: a Lepra e o Isolamento em Minas Gerais (1920-1960).** Tese de doutorado em História da Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2012.

CURI, Luciano Marcos. **Defender os sãos e consolar os lázaros: Lepra e isolamento no Brasil 1935/1976.** Dissertação de mestrado em História, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2002.

\_\_\_\_\_. Lepra e preventórios do Brasil: a educação a serviço do “bem”. **Uniaraxá/ISE**, ano II, n° 2, 2006.

\_\_\_\_\_. **Excluir, isolar e conviver: um estudo sobre a lepra e a hanseníase no Brasil.** Tese de doutorado em História da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

CRUZ, Alice. A máscara por detrás do véu do estigma: cabe o pensamento de Lévi-Strauss numa reflexão sobre a experiência da lepra? **Antropologia Portuguesa**, p. 47-72, 2008.

DINIZ, Maria Cecília Pinto. **A trajetória profissional de Hortênsia de Hollanda: resgate histórico para a compreensão da Educação em Saúde no Brasil.** Tese de doutorado em Educação em Saúde, Instituto René Rachou- FIOCRUZ, Belo Horizonte, 2007.

FERNANDES, Liliane Alves. **As Santas Casas de Misericórdia na República Brasileira: 1922-1945.** Dissertação de mestrado em História, Universidade de Évora, Portugal, 2009.

DÜPPRE, Nádia Cristina. **Efetividade do BCG-ID em comunicantes de pacientes com as formas multibacilares da hanseníase.** Tese de doutorado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1998.

FERREIRA, Luís Gomes. **Erário Mineiral.** FURTADO, JF [org]. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2002.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. **Saúde no Governos Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público**. Rio de Janeiro, editora Fiocruz, 2007.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro, 1986.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. Editora Atlas, São Paulo, 1999.

GROSSI, Ramon Fernandes. O universo da cura na Capitania das Minas Gerais (1750-1808). **Revista da Faculdade de Letras**. Porto, III Série, vol. 6, pp. 49-6, 2005.

HOCHMAN, Gilberto; LIMA, Nízia. Condenado pela raça, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo Movimento Sanitarista da Primeira república. **Raça, ciência e sociedade**, Rio de Janeiro, Fiocruz, 1996.

HORTA, Regina Duarte (org.). **Notícias sobre os selvagens do Mucuri**. Ed. UFMG, Belo Horizonte, 2002.

IYDA, Massako. **Cem anos de Saúde Pública: A cidadania negada**. Ed. Unesp, São Paulo, 1993.

JÚNIOR, Domingos da Silva Gandra. **A lepra: Uma introdução ao estudo do fenômeno social da estigmatização**. Tese de doutorado em antropologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1970.

KIPLE, Kenneth F. **The Cambridge World History of Human Disease**. Cambridge University Press, Cambridge, 1993.

LANA, Francisco Carlos Félix. **Políticas sanitárias em hanseníase: Historia social e a construção da cidadania**. Tese de doutorado em enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

LANA, Francisco Carlos Félix *et al.* Hanseníase em menores de 15 anos no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil. **Rev. bras. enferm.** [online]. vol.60, n.6, pp. 696-700, 2007,

LANA, Francisco Carlos Félix *et al.* Detecção da hanseníase e Índice de Desenvolvimento Humano dos municípios de Minas Gerais, Brasil. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 3, p. 539-544, set. 2009.

LANZA, Fernanda Moura. **Tecnologia do Processo de Trabalho em Hanseníase: Análise das Ações de Controle na Microrregião de Almenara, Minas Gerais**.

Dissertação de mestrado em enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

LE GOFF, Jacques. **Documento/Monumento**. Enciclopédia Einaudi: Memória-história. Imprensa Oficial, Brasília, 1984.

LIMA, Ana Luce Girão Soares de; PINTO, Maria Marta Saavedra. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. **História, Ciências, Saúde- Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol. 10(3):1037-51, set-dez. 2003.

LUTZ, Adolpho. Estudos sobre a lepra segundo observações realizadas no Brasil. Publicado originalmente em “Mitteilungen über Lepra. Nach in Brasilien gemachten Beobachtungen. Von Dr. Adolph Lutz in Limeira, Brasilien“, **Monatshefte für Praktische Dermatologie**, v.6, n.9, 1.5.1887, p.387-93, 504-20, 546-60. Disponível em: <http://www.bvsalutz.coc.fiocruz.br/lildbi/docsonline/pi/textos/Estudos-lepraseg-observ-noBras.pdf>. Acesso em: 02 de jan de 2013.

MACIEL, Laurinda Rosa. **“Em proveito dos sãos perde o lázaro a liberdade”**: uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil (1941-1962). Tese de doutorado em História da Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2007.

MAGALHÃES, Sônia Maria de. **Alimentação, saúde e doenças em Goiás no século XIX**. Tese de doutorado em História, Universidade Estadual Paulista, São Paulo, Franca, 2004.

MARQUES, Rita de Cássia; SILVEIRA, Anny Jackeline; FIGUEIREDO, Betânia Gonçalves. **História da saúde em Minas Gerais: Instituições e Patrimônio Arquitetônico (1808-1958)**. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011.

MARTINS, Valter. Livres, escravos e doenças, Campinas século XIX. Texto integrante dos Anais do XVII Encontro Regional de História – O lugar da História. ANPUH/SP/UNICAMP, Campinas, 6 a 10 de setembro de 2004.

MARZLIAK, Mary Lise Carvalho; SILVA, Regina Célia Pinheiro; NOGUEIRA Wagner, et. al. Breve histórico sobre os rumos do Controle da Hanseníase no Brasil e no Estado de São Paulo. **Hansen Int. Suppl.** 1 p. 39-33, 44 (2), 2008.

MELLAGI, André Gonçalves; MONTEIRO, Yara Nogueira. O imaginário religioso de pacientes de hanseníase: um estudo comparativo entre ex-internos dos asilos de São Paulo e atuais portadores de hanseníase. **História, Ciências, Saúde- Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.489-504, abr.-jun. 2009.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. Coordenadoria Estadual de Dermatologia Sanitária. **Seminário Estadual de Avaliação em Hanseníase Minas Gerais 2010**. Secretaria de Estado da Saúde, Belo Horizonte, p. 77, 2010.

MIRANZI, Mário Alfredo Silveira *et. al.* Compreendendo a história da saúde pública de 1870-1990. **Saúde Coletiva**, vol 41, num. 7, pág. 157-162, 2010.

MONTEIRO, Yara Nogueira. Hanseníase: História e poder no Estado de São Paulo. **Hansen Int.**, 12(1):1-7, 1987.

\_\_\_\_\_. Prophylaxis and exclusion: compulsory isolation of Hansen's disease patients in São Paulo. **Hist. cienc. saúde- Manguinhos** [online]. vol.10, suppl.1, pp. 95-121, 2003.

\_\_\_\_\_. Violência e profilaxia: os preventórios paulistas para filhos de portadores de hanseníase. **Saúde e Sociedade**, 7 (1):3-26, 1998.

MORAES, Fernanda Borges de. **De arraiais, vilas e caminhos: a rede urbana das Minas coloniais**. In: RESENDE, MEL; VILLALTA, LC. História de Minas Gerais: As Minas Setecentistas. Autêntica, Belo Horizonte, 2007.

MORENO, César. **A Colonização e o Povoamento do Baixo Jequitinhonha no século XIX**. Canoa das Letras, Belo Horizonte, 2001.

MORSE, Stephen.S. Factors in the emergence of infectious diseases. **Emerging Infectious Diseases**, Vol 1, nº 1, 7-15, 1995.

NOVAIS, Weber Bezerra. **Bahia-Minas: Lugar de Memória em Teófilo Otoni**. In: ACHTSHEIN, M; PINHO, A; SOREL, I, et al. As Gerais distantes das Minas: Fragmentos da História do Vale do Mucuri. Frota, Belo Horizonte, 2009.

NUNES, Marcos Antônio; MARTINS, Marcos Lobato. “O povo saía quando o recurso era pouco”: migrações rurais do Médio jequitinhonha para o vale do pampã na primeira metade do Século xx. **Seminário Visões do Vale 4- Programa Polo de Integração da UFMG no Vale do Jequitinhonha**. Disponível em: [https://www.ufmg.br/polojequitinhonha/arquivos/pdfs/povo\\_saia\\_recurso.pdf](https://www.ufmg.br/polojequitinhonha/arquivos/pdfs/povo_saia_recurso.pdf). Acesso em: 30/10/12.

OPROMOLLA, Paula Araújo. **Informação em Saúde: a trajetória da hanseníase no estado de são Paulo, 1800-2005**. Tese de doutorado em saúde pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

OPROMOLLA, Paula Araújo; LAURENTI, Ruy. Controle da hanseníase no Estado de São Paulo: análise histórica. **Rev Saude Publica**, 45(1):195-203, 2011.

PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza; BORENSTEIN, Miriam Süsskind. O método de pesquisa histórica na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 14(4): 575-84, 2005.

RESENDE, Monica E.L. **Territorialização: caminhos, urbanização, fronteiras e cartografia**. In: RESENDE, MEL; VILLALTA, LC. História de Minas Gerais: As Minas Setecentistas. Autêntica, Belo Horizonte, 2007.

RIBEIRO, Benair Alcaraz Fernandes. **Profissionais de saúde: da formação teórica em Portugal a práxis na colônia**. In: MONTEIRO, Yara Nogueira [org.]. História da Saúde: Olhares e Veredas. Instituto de Saúde, São Paulo, 2010.

RIBEIRO, Eduardo Magalhães; et al. Agricultura familiar e programa de desenvolvimento rural no Alto Jequitinhonha. **Rev. Econ. Sociol. Rural**, vol.45 no.4, p. 1075-1102, Out./Dec. 2007.

RIBEIRO, Ricardo Ferreira. **Lembranças da Terra-Histórias do Mucuri e Jequitinhonha**. Cedefes, Contagem, 1999.

RICHARD, Burton Francis, 1821-1890. **Viagem do Rio de Janeiro a Morro velho**. JUNIOR, David Jardim [tradução]. Senado Federal, Brasília, p 530, 2001.

RODRÍGUEZ, Obdulia. La lucha contra la lepra en México. **Rev Fac Med UNAM**, Vol.46 No.3 Mayo-Junio, 2003.

SAINT-HILAIRE, August. **Viagem pelas províncias do Rio de Janeiro e Minas Gerais-1779-1853**. MOREIRA, Vivaldi [tradução]. Itatiaia, São Paulo, 1975.

SANTOS, Luiz Antônio de Castro; FARIA, Lina; MENEZES, Ricardo Fernandes. Contrapontos da história da hanseníase no Brasil. **R. bras. Est. Pop.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 167-190, jan./jun. 2008.

SANTOS, Milton. **A natureza do espaço**. Editora da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

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

SCLIAR, Moacyr. **Do mágico ao social: a trajetória da Saúde Pública**. L&PM Editores, Porto Alegre, 1987.

SOUZA-ARAÚJO, Heráclides César de. **História da Lepra no Brasil**. Memórias do Instituto Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1954.

TEIXEIRA, Virgínia Mascarenhas Nascimeto. **De práticos a enfermeiros: os caminhos da enfermagem em Belo Horizonte- 1897-1933**. Tese de doutorado em História, Universidade Federal de Minas Gerais, 2012.

TORRES, Anny Jackeline. A influenza espanhola e a cidade planejada. Belo Horizonte, 1918. **Argumentum**, Belo Horizonte, p. 124-134, 2007.

TSCHUDI, Johann Jakob Von . Viagens através da América do Sul, 1818-1889. RENGGER, FE [tradução]. **Coleção Mineriana**, Belo Horizonte, 2008.

VIDAL, Diana Gonçalves. A fonte oral e a pesquisa em história da educação: algumas considerações. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, n.27, p.12., julho de 1998.

VILARINO, Maria Terezinha Bretãs. **Entre lagoas e florestas Atuação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) no saneamento do Médio Rio Doce: 1942-1960**. Dissertação em História, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

VODMAN, Daniele. **A invenção do documento oral**. In: FERREIRA, Marieta de Moraes; AMADO, Janaina [orgs]. Usos e abusos da Historia Oral. 8ª. Ed. Fundação Getulio Vargas, Rio de Janeiro, p.247-265, 2010.

WHO, World Health Organization. **Weekly epidemiological record**, v. 86, n. 36, p. 389-400, sep. 2011.

\_\_\_\_\_. **Weekly epidemiological record**, v.87, n. 34, p. 317-328, aug. 2012.

## APÊNDICES

### APÊNDICE 1

#### ROTEIRO DAS ENTREVISTAS PARA EX-MORADORES DA COLÔNIA SANTA IZABEL

##### 1. Identificação

Nome: \_\_\_\_\_

Cidade de Origem: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos/ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino

Grau de escolaridade (completo ou em andamento):

\_\_\_\_\_

##### 2. Questões orientadoras:

###### Como descobriu que tinha hanseníase?

Algum profissional de saúde foi diagnosticar a doença na região em que morava?

Sofriam discriminação onde moravam?

###### Como foi o processo de internação na Colônia Santa Izabel (atual Casa de Saúde Santa Izabel)?

Quando foi internado na Colônia Santa Izabel?

Qual o meio de transporte da região em que morava para a Colônia?

Houve alguma associação ou alguém que se dispôs a ajudar nesse processo?

###### Como relata a vida após a chegada na Colônia Santa Izabel (atual Casa de Saúde Santa Izabel)?

Deixou algum familiar no local onde morava? Sabe como eles ficaram após a sua vinda para a Colônia Santa Izabel (atual Casa de Saúde Santa Izabel)?

## APÊNDICE 2

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, abaixo qualificado, DECLARO para fins de participação em pesquisa, que fui devidamente esclarecido sobre o Projeto de Pesquisa intitulado “HISTÓRIA SOCIAL DA HANSENÍASE NO NORDESTE DE MINAS GERAIS”, coordenado pelo Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana. O objetivo deste projeto é analisar a história da hanseníase no Nordeste de Minas Gerais, tendo como referência as políticas públicas de controle da endemia no estado, no período de 1915 a 1962. Esta entrevista tem como objetivo obter informações relativas ao desenvolvimento dos censos de hanseníase no Nordeste de Minas Gerais e tornar conhecida a história de vida de portadores da doença que tenham vivenciado os censos de hanseníase, bem como profissionais que participaram desse fato histórico na região.

Declaro ter sido informado quanto aos seguintes aspectos:

- a) A entrevista será gravada e, tão logo transcrita, será apagada, garantindo assim sigilo quanto aos dados envolvidos na pesquisa, e assegurando-me privacidade completa e anonimato;
- b) Tenho a liberdade de me recusar a participar ou retirar meu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- c) Os resultados serão divulgados em congressos, dissertações de mestrado, seminários e artigos científicos;
- d) As reclamações contra os pesquisadores podem ser encaminhadas ao Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais no endereço abaixo.
- e) Justificativa e objetivos da pesquisa;
- f) A participação na pesquisa não acarreta nenhum tipo de ônus a minha pessoa.

Após convenientemente esclarecido pelos pesquisadores e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

---

Assinatura do entrevistado

Amanda Pereira Nunes Tavares  
Coordenadora do projeto

Av. Alfredo Balena, 190. Tel. (31)  
3409.9862

*Comitê de Ética em Pesquisa*

*Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais*

*Alameda Álvaro Celso, 100 - Santa Efigênia/Telefone: (31)32399552*

## ANEXOS

### ANEXO 1- CADERNO DE IMAGENS



IMAGEM: Dispensário Central de Lepra em Belo Horizonte.

FONTE: SOUZA-ARAÚJO (1956)

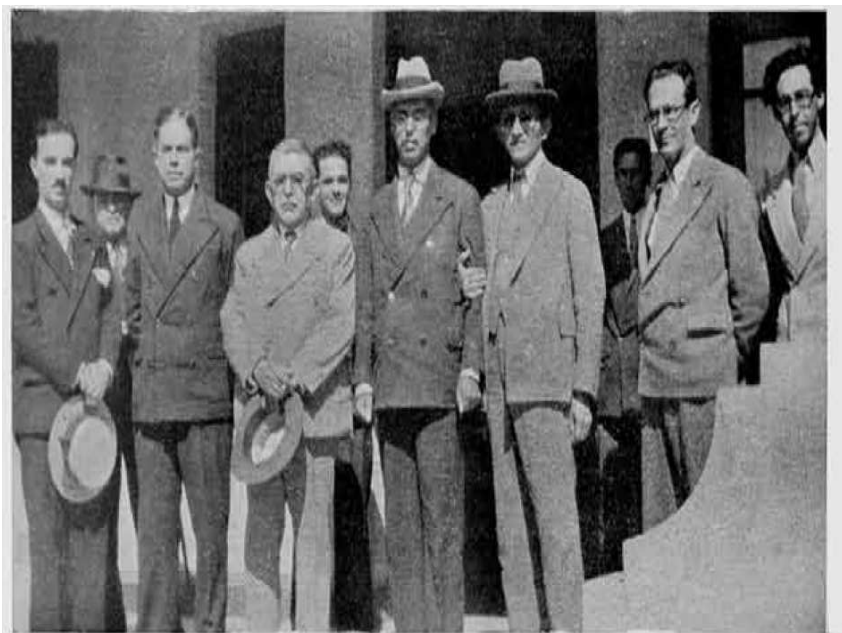


IMAGEM: Belisário Pena, Achides Lisboa, Antônio Aleixo, Ernani Agrícola. Autoridades presentes na inauguração da Colônia Santa Izabel.

FONTE: SOUZA-ARAÚJO (1956)

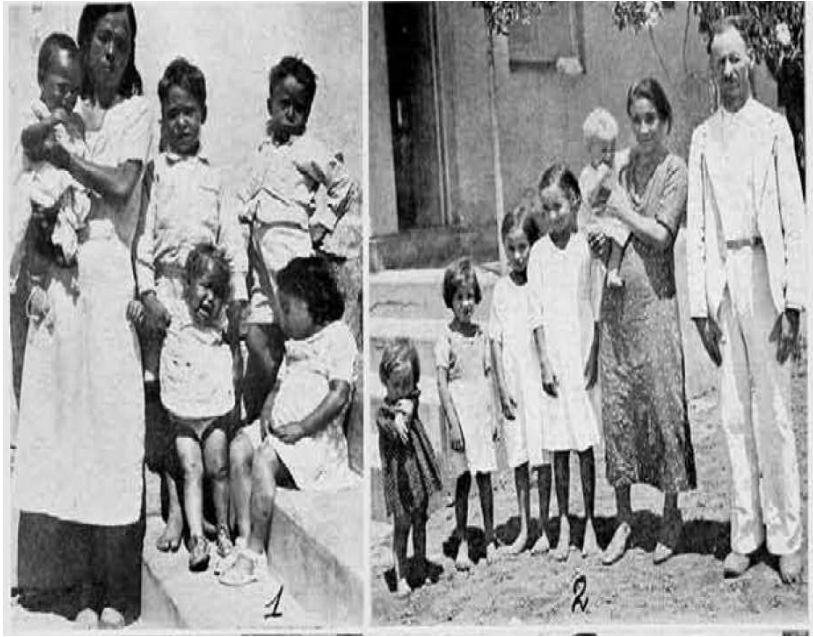


IMAGEM: Filhos sadios de pais doentes.

FONTE: SOUZA-ARAÚJO (1956)

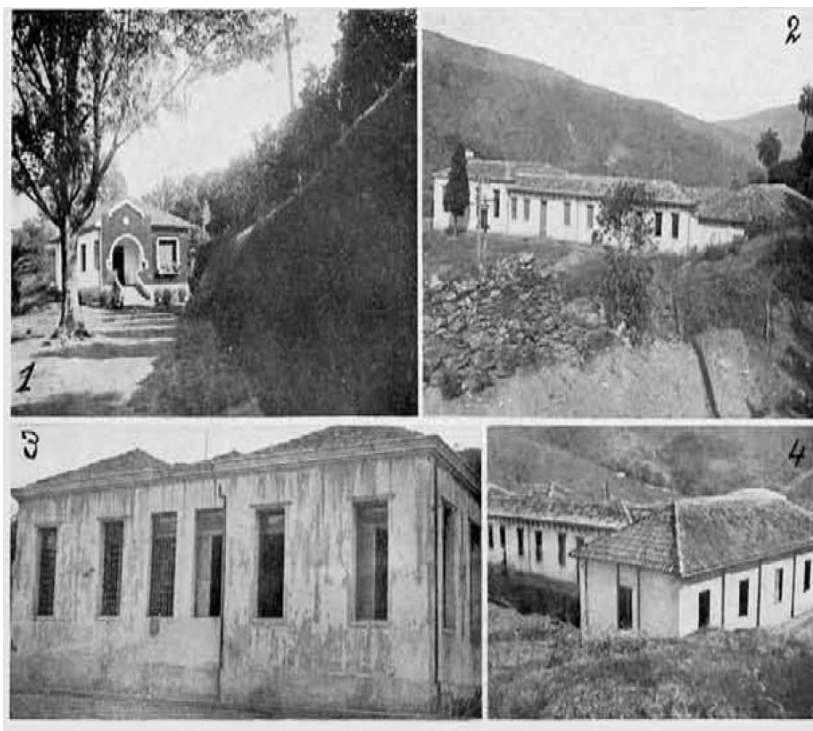


IMAGEM: Hospital de Lázaros de Sabará.

FONTE: SOUZA-ARAÚJO (1956)



IMAGEM: Drs. Orestes Diniz (diretor da Colônia Santa Isabel) e Gaspar Vianna (diretor do Instituto de Leprólogos da Colônia), na porta de entrada da Colônia Santa Isabel.

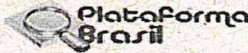
FONTE: SOUZA-ARAÚJO (1956)



IMAGEM: Colônia Santa Isabel

FONTE: SOUZA-ARAÚJO (1956)

## ANEXO 2- PARECER CONSUBSTANCIADO CEP FHEMIG

<b>FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS - FHEMIG</b>		
<b>PROJETO DE PESQUISA</b>		
<b>Título:</b> História Social da Lepra no Nordeste de Minas Gerais		
<b>Área Temática:</b>		
Área 9. A critério do CEP.		
<b>Versão:</b> 2		
<b>CAAE:</b> 05410112.0.0000.5119		
<b>Pesquisador:</b> Amanda Pereira Nunes Tavares		
<b>Instituição:</b> Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG		
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>		
<b>Número do Parecer:</b> 101.854		
<b>Data da Relatoria:</b> 19/09/2012		
<b>Apresentação do Projeto:</b>		
<p>Projeto devidamente apresentado, que consta de uma revisão consistente do tema e se justifica pela importância da hanseníase no nordeste de MG, que desde a época de estudo é diagnosticada com altos números de doentes, quadro visto também nos últimos três anos em que a região foi considerada de muito alta endemicidade, segundo parâmetros do Ministério da Saúde (MINAS GERAIS, 2008, 2009, 2010). Justifica-se ainda pela permanência do estigma relacionado à hanseníase no Nordeste de Minas Gerais, que pode ter seu fundamento histórico devido à trajetória da doença na região e no país como um todo. E por fim justifica-se pela escassez de estudos desenvolvidos no âmbito histórico da lepra na região. Sabe-se que o Nordeste de Minas Gerais é considerado endêmico para hanseníase e por isso há muito tempo é alvo de políticas públicas de controle. Entretanto, tais medidas não causaram impacto desejado para reduzir a expressão da doença na região, o que torna imprescindível compreender melhor o fenômeno em suas várias dimensões, inclusive a histórica.</p>		
<b>Objetivo da Pesquisa:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analisar a história da hanseníase no Nordeste de Minas Gerais, tendo como referência as políticas públicas de controle da endemia no estado, no período de 1915 a 1962.</li> <li>- Relacionar a ocupação do espaço de estudo com o aparecimento e progressão da hanseníase;</li> <li>- Identificar o desenvolvimento histórico das políticas de saúde dirigidas ao controle da endemia na região;</li> <li>- Analisar os censos da hanseníase, realizados no período de estudo, no Nordeste de Minas Gerais.</li> </ul>		
<b> Avaliação dos Riscos e Benefícios:</b>		
<p>O risco dessa pesquisa é a inconfiabilidade dos entrevistados e dos documentos de responsabilidade da Casa de Saúde Santa Izabel. Para tanto, esses dados serão tratados com os preceitos éticos de forma que nenhuma identidade será revelada neste trabalho.</p> <p>Os benefícios estão relacionados às contribuições que o conhecimento da história da hanseníase no Nordeste de Minas Gerais trarão para melhor abordagem do problema da hanseníase na região.</p>		
<b>Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Projeto: Relevante, pertinente e de valor científico;</li> <li>- Metodologia: Adequada para se alcançar o objetivo proposto;</li> <li>- Currículos: Com competência reconhecida para a condução do estudo;</li> <li>- Aspectos Éticos: O projeto cumpre a Res.196/1996 do CNS-MS.</li> </ul>		
<b>Endereço:</b> Alameda Vereador Álvaro Celso, 100 <b>Bairro:</b> Bairro Santa Efigênia <b>CEP:</b> 30.150-260 <b>UF:</b> MG <b>Município:</b> BELO HORIZONTE <b>Telefone:</b> (313)239-9552 <b>Fax:</b> (313)239-9532 <b>E-mail:</b> cep@themig.mg.gov.br; vandersonassis@yahoo.com.br		

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO  
ESTADO DE MINAS GERAIS -  
FHEMIG



**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Projeto: devidamente descrito;
- TCLE: Inadequado. Uso constante e repetitivo do termo "lepra" ✖
- FR: devidamente preenchida e assinada;
- Parecer da GEP: devidamente anexado e aprovado.

**Recomendações:**

- Enviar semestralmente ao CEP-FHEMIG os relatórios parciais e/ou final da pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

- O estudo pode ser realizado sem restrições.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

BELO HORIZONTE, 19 de Setembro de 2012

Assinado por:  
Vanderson Assis Romualdo

*Vanderson Assis Romualdo*  
Vanderson Assis Romualdo  
Coordenador  
Comitê de Ética em Pesquisa / FHEMIG

✖ Obs: O TCLE foi devidamente corrigido pela pesquisadora, porém houve falha do CEP na edição final do Parecer. Tendo em vista que não é possível nova edição na Plat. Brasil, segue assim a correção, deixando claro que não há pendências para este estudo.

BH <sup>to</sup>, 04. Out. 2012

Endereço: Alameda Vereador Álvaro Celso, 100  
Bairro: Bairro Santa Efigênia CEP: 30.150-260  
UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
Telefone: (313)239-9552 Fax: (313)239-9532 E-mail: cep@fhemig.mg.gov.br; vandersonassis@yahoo.com.br

*Vanderson Assis Romualdo*

## ANEXO 3- PARECER CONSUBSTANCIADO COEP UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** História Social da Hanseníase no Nordeste de Minas Gerais

**Pesquisador:** FRANCISCO CARLOS FÉLIX LANA

**Área Temática:** Área 9. A critério do CEP.

**Versão:** 3

**CAAE:** 02955812.2.0000.5149

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS ((ESCOLA DE ENFERMAGEM))

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 135.453

**Data da Relatoria:** 23/10/2012

**Apresentação do Projeto:**

Tem como objeto de estudo a produção do espaço, focalizado nos sistemas de objetos e sistemas de ações defendidos por Santos (2006), no Nordeste de Minas Gerais. O período de estudo é 1915 a 1962, que se referem, respectivamente, ao ano de criação da Comissão de Profilaxia da Lepra e ano de extinção do isolamento compulsório.

O método de escolha é a pesquisa documental, escolhida por permitir a interpretação dos fenômenos sociais estudados, sobretudo os aspectos históricos que permitam chegar aos objetivos propostos. Complementar ao método de escolha optar-se-á por entrevistas com ex-internos da Colônia Santa Izabel, proveniente da área de estudo, de forma a expressar nuances dos fatos encontrados nos documentos. O cenário de estudo será o Nordeste de Minas Gerais, composto pelos municípios de Pedra Azul, Salinas, Itamarandiba, Almenara (antiga

Vigla), Carlos Chagas, Águas Formosas (antiga Águas Belas), Itambacuri, Jequitinhonha, Araçuaí, Poté, Minas Novas, Medina, Capelinha, Malacacheta e Teófilo Otoni. Os documentos selecionados para essa pesquisa serão de fontes primárias e secundárias. Para coleta de tais documentos considerar-se-á as etapas a seguir: Primeiramente a pesquisa será realizada no Arquivo Público Mineiro- Documentos referentes à Secretaria do

Interior, órgão responsável pela saúde pública no Estado de Minas Gerais até 1930; Biblioteca Pública Estadual-Coleção Mineiriana; Biblioteca Central e Biblioteca do Campus Saúde da UFMG- Coleção Linhares, Arquivos de Higiene, Arquivos de Saúde Pública e

Higiene, Arquivos Mineiros de Leprologia e jornais diversos da época; Centro de Memória da Escola

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad S/ 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** 3134-0945 **Fax:** 3134-0945

**E-mail:** coep@cpq.ufmg.br, coep@relatoria.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



de Medicina da UFMG- Livro *„História da Lepra no Brasil„*, Hemeroteca- jornais diversos. A princípio já se sabe que existem relatos sobre o censo nos Arquivos de Higiene, Arquivos de Saúde Pública e Higiene e Arquivos Mineiros de Leprologia, como também no livro *História da Lepra no Brasil, 1946 e 1956*, de Souza-Araújo.

Posterior a esse levantamento serão analisados documentos existentes na Colônia Santa Izabel, localizada no município de Betim- MG, a saber - acervo documental presente na biblioteca do MORHAN e prontuários de ex-internos, provenientes da área de estudo. A escolha desse antigo leprosário é devido a achados que revelam ser este o local para onde eram encaminhados os doentes diagnosticados por lepra, durante os censos no Nordeste de Minas Gerais. Complementar a pesquisa documental optou-se pela entrevista semi-estruturada. É previsto realizar oito entrevistas com ex-internos da Colônia Santa Izabel.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

O objetivo da pesquisa é analisar a história da lepra no Nordeste de Minas Gerais, tendo como referência as políticas públicas de controle da endemia no estado, no período de 1915 a 1962. São citados como objetivos secundários: relacionar a ocupação do espaço de estudo com o aparecimento e progressão da lepra; e identificar o desenvolvimento histórico das políticas de saúde dirigidas ao controle da endemia na região; Analisar os censos de lepra, realizados no período de estudo, no Nordeste de Minas Gerais.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

É identificado como risco dessa pesquisa a Inconfidencialidade dos entrevistados e dos documentos de responsabilidade da Colônia Santa Izabel. Para tanto, esses dados serão tratados com os preceitos éticos de forma que nenhuma identidade será revelada neste trabalho. São citados como benefícios as contribuições que o conhecimento da história da lepra no Nordeste de Minas Gerais trarão para melhor abordagem do problema da hanseníase na região.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é bem fundamentada e de mérito.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

No parecer anterior foi pedido um esclarecimento sobre a natureza destes dados e a inclusão de uma anuência para seu uso caso os dados não fosse públicos. Em resposta ao parecer, o pesquisador esclarece que os arquivos do antigo Colônia Santa Izabel não são considerados dados públicos e apresenta um parecer favorável da CEP da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, órgão responsável para os dados.

#### **Recomendações:**

Recomendo aprovação do projeto.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad. B. 2005  
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901  
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE  
 Telefone: 3134-0045 Fax: 3134-0045 E-mail: coep@opq.ufmg.br, coep@reitoria.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há nenhuma pendência.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado conforme parecer.

BELO HORIZONTE, 31 de Outubro de 2012

---

Assinador por:  
Marta Teresa Marques Amaral  
(Coordenador)